

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1976 - N° 351

**A PROPOS DE 40 CAS DE SYNECHIES
UTERINES POST-TRAUMATIQUES**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Septembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

François TISSOT DUPONT

né le 28 Mai 1949

à ANNECY (Haute-Savoie)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1976 - N° 351

**A PROPOS DE 40 CAS DE SYNECHIES
UTERINES POST-TRAUMATIQUES**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Septembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

François TISSOT DUPONT

né le 28 Mai 1949

à ANNECY (Haute-Savoie)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
M. E. R. ALEXIS-CARRÉ

ANNEE 1942 - N° 251

A PROPOS DE 40 CAS DE SYNECHES
UTERINES POST-TRAUMATIQUES



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Septembre 1942
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

François TISSOT DUPONT

né le 26 Mai 1913

A ANNECY (Haute-Savoie)

UNIVERSITE CLAUDE - BERNARD

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président: Professeur E. ELBAZ

Secrétaire Général : M. J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE MEDECINE:

- ALEXIS CARREL - Directeur : Professeur C. GIROD
- GRANGE-BLANCHE - Directeur: Docteur B. SALLE (Maître de Conférences Agrégé)
- LYON-NORD - Directeur : Professeur J.P. GARIN
- SUD-OUEST - Directeur: Professeur J.M. ROBERT.

BIOLOGIE HUMAINE - Directeur: Professeur J.C. CZYBA

TECHNIQUES DE READAPTATION - Directeur: M. A. MORGON, Maître de Conférences Agrégé.

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur: Professeur L. ODOUX

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur: Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - Directeur: M. A. MILLON

MATHEMATIQUES - Directeur : Professeur H. BUCHWALTER.

PHYSIQUE - Directeur: Professeur R. UZAN.

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Directeur: Professeur J. HUET.

SCIENCES DE LA NATURE - Directeur: Professeur J. BRUN.

BIODYNAMIQUE ET PSYCHOPEDAGOGIE - Directeur: M. R. FONTANGE (Maître de Conférences Agrégé)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 1 - Directeur: Professeur B. POUYET.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 2 - Directeur: Professeur GALLET,
Directeur ENSAM

OBSERVATOIRE - Directeur: Professeur J.H. BIGAY

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Directeur : Professeur A. SARAZIN.

U.E.R. de MECANIQUE - Directeur: Professeur J. MATHIEU.

Examineurs de la thèse:

Président: Monsieur le Professeur Y. ROCHET

Assesseurs: Monsieur le Professeur P. MAGNIN

Monsieur le Professeur G. BRAILLON

Monsieur le Professeur Agrégé D. DARGENT.

A MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur V. ROCHET

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre très respectueuse gratitude pour
l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur P. MAGNIN

Monsieur le Professeur G. BRAILLON

Monsieur le Professeur Agrégé D. DARGENT

Ils nous ont fait l'honneur de juger notre
travail. Nous les prions de trouver ici l'ex-
pression de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A LYON : Monsieur le Professeur Y. ROCHET
Monsieur le Professeur L. ROCHE
Monsieur le Professeur J.P. DELAHAYE
Monsieur le Professeur R. GARMIER
Monsieur le Docteur RENDU

A ANNECY : Monsieur le Docteur H. DIDIERLAURENT
Monsieur le Docteur L. HOULLEMARE
Monsieur le Docteur E. VINCENT

INTRODUCTION

HISTORIQUE

MATERIEL ET METHODES

MATERIEL : Tableau récapitulatif de 40 observations

METHODES : Période d'étude

Technique de l'hystérogaphie

Recherche des résultats post-opératoires.

RESULTATS

I - ETIOLOGIE

II - SIGNES D'APPEL : Troubles des règles

Troubles de la fonction de reproduction

III - HYSTEROGRAPHIES

IV - TRAITEMENT : Section des adhérences : méthodes utilisées

Interposition de matériel

Soins post-opératoires

Résultats (fonctionnel, anatomique, obstétricaux).

DISCUSSION

I - PHYSIO PATHOLOGIE

II - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

III - ETIOLOGIE

1° - Fréquence

- #### 2° - Causalité :
- . curetages
 - . myomectomie
 - . césarienne
 - . agressions chimiques
 - . électrocoagulations

IV - APPROCHE DIAGNOSTIQUE

1° - Signes d'appel

2° - Diagnostic positif

V - FONCTION DE REPRODUCTION

- 1° - Stérilité
- 2° - Devenir de la grossesse
- 3° - Rôle de la grossesse sur les synéchies.

VI - TRAITEMENT

- 1° - Indications
- 2° - Méthodes thérapeutiques
- 3° - Résultats (fonctionnels, anatomique, obstétricaux).

VII - PROPHYLAXIE

I N T R O D U C T I O N

On entend par le terme de synéchie utérine l'adhérence plus ou moins étendue des parois internes de l'utérus, lequel est, à la limite, transformé en un organe plein par une coalescence totale de ses parois.

Il est convenu de distinguer deux groupes de synéchies utérines: celles qui sont de survenue spontanée et celles qui sont post-traumatiques. Le premier groupe a été individualisé en 1954 par NETTER: les synéchies spontanées sont d'origine tuberculeuse exclusivement, quoique l'on pourrait y classer les synéchies tropiques de la période ménopausique.

Dans ce travail, nous proposons d'étudier les synéchies utérines post-traumatiques, grâce à 40 observations recueillies, d'une part dans les archives de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Edouard Herriot (entre 1967 et 1975), d'autre part parmi les malades personnelles de Monsieur le Professeur ROCHET.

D'emblée nous nous permettons d'adopter la position de MUSSET et ses collaborateurs quant à considérer les obturations cervicales ou cervico-isthmiques comme appartenant au cadre général des synéchies, quand bien même certains auteurs étrangers les considéraient comme une entité clinique indépendante.

---oOo---

H I S T O R I Q U E

On reconnaît à l'Allemand FRITSCH la première publication d'adhérences intra utérines, en 1894.

Ainsi, les observations d'aménorrhées post-traumatiques datent-elles du siècle dernier, mais au début, les auteurs rapportaient, semble-t-il, des cas de lésions sévères, étendues, avec rétentions menstruelles : KUSTENER et WERTHEIM proposaient d'ailleurs à cette époque l'évacuation du sang des règles par fistule utéro-vaginale.

STAMER réalisa, en 1946, un important travail de synthèse, mais c'est l'Israélien ASHERMAN qui a défini, un demi-siècle après les pionniers, les données étiopathogéniques, cliniques et radiologiques des adhérences intra-utérines. Sa contribution fut telle que les publications ultérieures concernant cette pathologie se réfèrent désormais au "Syndrome d'ASHERMAN".

En France, MUSSET, NETTER et DALSACE complétaient en 1957 les travaux d'ASHERMAN. Leur rapport fait encore autorité aujourd'hui, les publications actuelles rivalisant dans les différentes conduites à tenir sur les plans thérapeutique et prophylactique.

---oOo---

M A T E R I E L

E T

M E T H O D E S

OBSERVATION n° 1

Madame B... , 37 ans

Nord-Africaine, mère d'une fillette décédée très tôt après sa naissance - a subi un curettage pour F C : date inconnue.

Consulte en avril 1967 pour aménorrhée secondaire.

A cause d'un interrogatoire très difficile et du passé nébuleux de cette femme est demandé un bilan biologique qui s'avère normal: cuti et clichés pulmonaires normaux; 17 céstéroïdes urinaires à 6 mg/24 heures; oestrogènes et prégnañdiol urinaires normaux.

A l'HSG: synéchie cervico-isthmique.

Le 21.4.1967, une dilatation, difficile jusqu'à la bougie n° 8, débride la zone synéchiée.

Depuis l'intervention, les règles sont revenues, régulièrement. A l'HSG de contrôle (juillet 67), cavité utérine parfaitement normale.

Ménopause précoce fin 1967 (élévation nette des FSH) avec contexte neuro-végétatif.

EN SOMME

- . Aménorrhée secondaire par synéchie cervico isthmique
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie basse
- . Rétablissement des règles et amélioration radiologique
- . Ménopause précoce.

OBSERVATION n° 2

Madame B..., 37 ans

Mère de deux fillettes (3 ans et 2 ans). Les dernières suites de couches ont été compliquées d'une infection puerpérale, et un curettage a été réalisé six mois plus tard, sans HSG.

Hypoménorrhée et aménorrhée secondaire apparue 20 mois après le curettage. Un

traitement hormonal est resté inefficace.

A l'HSG: synéchie subtotale (pas d'injection).

Le 16.5.1967, par voie vaginale, essai infructueux de cathétérisme aux bougies de HEGGAR. Incision de PFANNENSTIEL et hystérotomie par incision transversale du corps utérin: les faces utérines sont symphysées, ne laissant persister qu'un fin canal que l'on agrandit aux ciseaux en sectionnant les brides.

Une toile de nylon est laissée en place.

Trois mois plus tard, HSG de contrôle satisfaisante (mais petite lacune résiduelle de l'endocol). Les règles sont normales.

EN SOMME

- . Aménorrhée secondaire par synéchie subtotale
- . Après curettage du post-partum
- . Intervention par voie mixte
- . Améliorations radiologique et fonctionnelle
- . Pas de grossesse.

OBSERVATION n° 3

Madame B... , 33 ans

Mère de deux enfants (8 et 9 ans) dont un né par césarienne.

FC (au 3ème mois) en 1960, ayant motivé un curettage.

Consulte en mai 1967 pour pelvialgies à type de dysménorrhées depuis le curettage. Surtout, les règles sont peu à peu devenues insignifiantes, avec sang noirâtre.

A l'examen, gros utérus douloureux, annexes normales.

Probable élytrocèle d'après l'examen clinique.

A l'HSG : - isthme filiforme, très allongé
 - synéchie partielle du fond utérin et de la corne gauche
 - trompes bien injectées.

Le 6.6.1967, hystérectomie subtotale passant juste au-dessus de la cicatrice d'hystérotomie (césarienne en 1959). Conservation des deux annexes.

Anatomie pathologique: myomètre normal; endomètre atrophique peu inflammatoire.

EN SOMME:

- . Dysménorrhées et hypoménorrhée avec synéchie du fond et de la corne gauche
- . Après curettage post-abortionum
- . Hystérectomie sub-totale.

OBSERVATION n° 4

Madame D... , 35 ans

Mère de deux enfants (11 ans et 3 ans). Au décours du dernier accouchement, infection puerpérale ayant nécessité un curettage 1 mois plus tard.

Depuis, les règles ont été quantitativement faibles et, depuis 10 mois, aménorrhée secondaire. En outre, dyspareunie et molimen cataménial net.

Le 5.12.1967, HSG qui révèle une synéchie corporéale avec exclusion de la corne gauche.

Le 20.12.1967, dilatation jusqu'à la bougie n° 9 et dilascération de brides à l'aveugle.

Anatomie pathologique: endomètre folliculo-lutéinique, avec discrets signes d'hyperfolliculine relative, sans suspicion de tuberculose ni de malignité.

EN SOMME:

- . Aménorrhée secondaire par synéchie corporéale
- . Après curettage du post-partum
- . Intervention par voie basse
- . HSG de contrôle satisfaisante, puis malade perdue de vue.

OBSERVATION n° 5*Madame M... , 49 ans*

Malade sans enfants, opérée en 1961 d'un fibrome cérébriforme du fond (du volume d'un pamplemousse) avec deux autres fibromes du fond, intra-muraux.

Depuis le printemps 1967, ménométrorragies.

A l'examen, gros utérus fibromateux sans récidence évidente. Ovaires normaux.

A l'HSG: on ne réussit pas à imprégner normalement l'utérus malgré plusieurs tentatives. Probable synéchie corporéale.

Le 11.1.1968, dilatation jusqu'à la bougie n° 11, ce qui provoque un écoulement hémétique noirâtre, confirmant la présence d'une petite synéchie.

Quatre mois plus tard, métrorragies cataclysmiques et indication d'hystérectomie. A l'examen de la pièce opératoire, quelques petits myomes intramuraux, et cavité partiellement synéchiée.

EN SOMME:

- . Ménométrorragies et synéchie corporéale partielle
- . Après myomectomie
- . Intervention par voie basse
- . Hystérectomie subtotale quatre mois plus tard, à cause de métrorragies.

OBSERVATION n° 6*Madame G... , 43 ans*

Mère d'un enfant de 12 ans, n'a jamais fait de FC mais a subi, en septembre 1963, une exploration endoutérine pour métrorragies (dûes à un polype). En outre, exé-
rèse d'un nodule du sein droit à la même époque.

Consulte en 1968 pour des ménorragies abondantes, incolores.

A l'HSG: petit utérus antéfléchi, mais toute la partie endocervicale et isthmique est lacunaire.

Le 8.7.1968, la synéchie cède facilement par dilatation jusqu'à la bougie n° 12.

N'a pas accepté un cliché radiographique de contrôle. Les règles sont réapparues, régulières, indolores.

Revue en 1972: ménopause constituée depuis 2 ans.

EN SOMME:

- . Ménorragies et synéchie cervico-isthmique
- . Après exérèse d'un polype
- . Intervention par voie basse
- . Ménopause constituée deux ans après l'intervention (âgée alors de 45 ans).

OBSERVATION n° 7

Madame G. . . . , 39 ans

Femme sans enfant qui a subi, en 1960, une lobectomie supérieure droite, à PARIS, au décours d'une tuberculose pulmonaire.

FC (au 4ème mois) et curettage, en 1966.

Consulte en mars 1968 pour une hypoménorrhée. Le Dr MIKAELIAN débride une synéchie du fond, mais le contrôle radiologique révèle la persistance de la synéchie et, d'ailleurs, l'hypoménorrhée n'a pas disparu.

Les biopsies des débris tissulaires lors de la FC n'ont révélé aucun signe de bacillose.

Le 1er X.1968, intervention à deux voies:

- a) Pfannenstiel: trompes absolument normales, aucun signe de tuberculose pelvienne.
- b) Sous contrôle de la vue et par empaumage de l'utérus, on dilate jusqu'à la bougie n° 12, et l'on sectionne au ciseau la symphyse du fond. On laisse en place une lame de caoutchouc.

En novembre 1968, HSG de contrôle: résultat médiocre: aucune amélioration anatomique.

Mais il y a nette amélioration fonctionnelle: règles plus abondantes et indolores.

Actuellement, avec 8 ans de recul, cycles réguliers, règles d'abondance normale. Pas de grossesse.

EN SOMME:

- . Hypoménorrhée avec synéchie corporéale du fond
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie mixte
- . Amélioration fonctionnelle, mais résultat anatomique médiocre, stérilité persistante.

OBSERVATION n° 8

Madame B... , 30 ans

Femme sans enfant, ayant été curettée il y a deux ans pour FC à la 6ème semaine.

Consulte en septembre 1968 pour stérilité.

A l'HSG: fibromatose utérine sur le bord gauche. Synéchies corporéales partielles.

Biologiquement: FSH à 40 U.S.

Courbes thermiques présentant des variations à certains cycles seulement.

Spermogramme du conjoint normal.

Le 3.10.1968, myomectomie d'un gros fibrome du bord gauche (du volume d'une orange) à développement intra-ligamentaire.

HSG de contrôle: cavité utérine de silhouette parfaite. A eu 2 grossesses depuis 1968: en 1970 et 1973 (2 accouchements par césariennes; enfants en bonne santé actuellement).

EN SOMME:

- . Stérilité avec synéchie corporéale partielle et fibrome du bord gauche
- . Après curettage post-abortionum
- . Myomectomie
- . Amélioration radiologique et 2 grossesses menées à terme.

OBSERVATION n° 9

Madame B... , 28 ans

Nullipare souffrant habituellement de dysménorrhée, cette femme a subi en novembre 1964 une annexectomie gauche (kyste ovarien à gauche, avec ovaire non conservable), complétée de la résection cunéiforme de l'ovaire droit, ensuite fixé à la corne utérine. Cette intervention avait été motivée par un hydrosalpinx gauche, consécutif aux instillations itératives dûes à des salpingites.

Une grossesse en 1965, mais le bébé meurt aussitôt, après un accouchement normal.

Une FC (au 4ème mois) en août 1967, avec curettage. Elle consulte 14 mois après ce curettage, à cause de dysménorrhées très vives.

A l'HSG: col béant, et image de synéchie cervico-isthmique partielle.

En janvier 1969, dilatation jusqu'à la bougie n° 10: la synéchie cède et l'on résèque ensuite une languette, séquelle d'une déchirure obstétricale, sur le col.

L'HSG de contrôle, en mai 1969, révèle une cavité parfaitement calibrée. Règles normales et indolores.

Cette femme a accouché par les voies naturelles d'un garçon en 1970, d'une fille en 1972.

EN SOMME:

- . Dysménorrhées majeures avec synéchie cervico-isthmique
- . Après curettage post-abortion
- . Intervention par voie basse
- . Excellents résultats fonctionnels et anatomiques
- . 2 grossesses avec accouchements à terme.

OBSERVATION n° 10

Madame R..., 39 ans

Cette femme nullipare avait subi en 1962 une ovariectomie droite pour kyste endométrial. Puis, en 1964, elle subit un curettage à cause de polypes utérins hémorragiques. Enfin, curettage en juillet 1969 pour FC.

Elle consulte quelques semaines plus tard pour enquête au sujet de cette première grossesse interrompue au 2ème mois. L'HSG montre une synéchie partielle du fond.

Intervention par voie basse en mars 1970; avec la bougie n° 12 on sent céder des brides fibreuses, et l'on complète la cure de synéchie aux ciseaux.

L'HSG de contrôle révèle un bon résultat anatomique.

Une grossesse débute en novembre 1970. Un cerclage du col est réalisé à la 14ème semaine, puis il y a prescription de gonadotrophines chorioniques et de progestérone retard. Césarienne, à terme (une fille de 2450 gr) et délivrance spontanée sans adhérences intrautérines.

Revue récemment avec des cycles un peu raccourcis.

EN SOMME:

- . Consultation pour enquête au sujet d'une FC du 3ème mois. Synéchie partielle du fond.
- . Après curettages pour FC et pour polypes intra-utérins
- . Intervention par voie basse
- . Bons résultats anatomiques et fonctionnels
- . 1 grossesse avec accouchement à terme par césarienne.

OBSERVATION n° 11

Madame R... , 48 ans

Mère de 3 enfants, sans aucun antécédent de FC, mais ayant subi il y a 8 mois une exploration intra-utérine à cause de polypes.

Elle est adressée en mars 1970 pour ménométrorragies depuis 20 jours, ayant débuté avec les règles (lesquelles sont habituellement douloureuses).

A l'HSG: image en "fromage de gruyère": lacunes à bords nets évoquant des synéchies partielles multiples. Canal cervical mince, long et tortueux.

Intervention par voie basse le 20 mars 1970: dilatation jusqu'à la bougie n° 10: on perçoit des irrégularités que l'on n'est pas sûr de faire céder/

La patiente a refusé une HSG de contrôle, mais ses règles ne sont pas revenues.

Ménopause en 1973 (âgée de 51 ans).

EN SOMME:

- . Ménométrorragies traînantes et synéchies multiples corporéales
- . Après exploration intra-utérine pour polypes
- . Intervention par voie basse
- . Résultats fonctionnels mauvais.

OBSERVATION n° 12

Madame M... , 25 ans

Adressée pour aménorrhée secondaire depuis le curettage (fin janvier 1969) qu'avait imposé une FC de 5 mois et demi. Souffre aussi de pollakiurie, sans brûlures.

A l'HSG: injection d'un canal en doigt de gant, long de 3 cms : seules la cavité cervicale et la zone corporéale immédiatement sus-jacente sont imprégnées: image de synéchie corporéale totale.

Le 13.4.1970, hystérotomie médiane; on ne trouve pas de cavité utérine. On passe alors une bougie par voie vaginale, qui se fraye un chemin le long du bord droit de l'utérus. Incision sur la bougie et création d'une néocavité (il existait, en effet, une minuscule cavité longiligne que l'on agrandit donc). On termine par un raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.

Un ballonnet est laissé en place.

N'a pas eu d'HSG de contrôle; mais elle est revue 7 mois après l'intervention: hypoménorrhée.

EN SOMME:

- . Aménorrhée secondaire avec synéchie corporéale totale
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie haute
- . Hypoménorrhée, mais cycles réguliers dans les suites
- . Pas de grossesse.

OBSERVATION n° 13*Madame P..., 25 ans*

Mère d'un enfant né en 1968, a subi un curettage pour FC provoquée (au 2ème mois) en février 1970. Depuis, oligoménorrhée: les règles sont d'apparition régulière, mais très peu abondantes.

A l'HSG: défaut de perméabilité du col.

Le 21.9.1970, dilatation jusqu'à la bougie n° 14. On utilise un long ciseau courbe pour parfaire la libération de la zone sus-isthmique.

Un ballonnet est laissé en place et l'on instaure un traitement à base d'hydrocortisone et d'antibiotiques.

L'HSG de contrôle est très satisfaisante.

Cette femme a eu deux grossesses depuis l'intervention. Pour ces 2 grossesses, il a fallu instaurer des traitements hormonaux compensateurs qui se sont malheureusement avérés insuffisants: 2 FC, toutes deux à la 6ème semaine.

EN SOMME:

- . Hypoménorrhée avec synéchie cervico-isthmique
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie basse
- . 2 grossesses toutes deux interrompues par FC spontanées.

OBSERVATION n° 14*Madame I-C... , 24 ans*

Nullipare ayant subi un curettage en août 1970 pour une FC provoquée au 4ème mois.

Depuis, aménorrhée secondaire.

A l'HSG, impossibilité d'imprégner la cavité utérine.

Le 15.1.1971, il est décidé de faire une tentative d'effondrement des synéchies par voie basse, mais ce travail à l'aveugle est suspendu à la suite d'une perforation de l'utérus. L'intervention est poursuivie par hystérotomie longitudinale et reconstruction de la cavité.

Fermeture sur une sonde de MUSSET fixée au col.

Les suites immédiates seront encourageantes (règles normales avec ETHY 11).

Mais il va se constituer une hypoménorrhée progressivement et l'HSG de juillet 1971 (soit 6 mois après intervention) visualise des synéchies résiduelles du fond.

Trois séances d'instillation d'antibiotiques avec anti inflammatoires, en décembre, semblent efficaces puisque les règles sont redevenues normales en janvier 1972.

Mais une réintervention est décidée en mai 1972, car une HSG de contrôle montre une synéchie évolutive (les règles ayant alors, une nouvelle fois, quantitativement diminué).

Donc, dilatation et adhésionolysis par bougie et ciseaux. On introduit une lame de sylastic taillée en triangle.

Les suites seront bonnes sur le plan fonctionnel.

Mais cette femme a été revue en novembre 1972 pour FC spontanée de la 6ème semaine, puis en novembre 1973 pour FC au 4ème mois. Pas de grossesse depuis.

EN SOMME:

- . Aménorrhée secondaire avec synéchie corporéale totale
- . Après curettage post-abortionum
- . Reconstruction d'une néo-cavité
- . Résultats anatomiques décevants et réintervention par voie basse 16 mois plus tard
- . 2 FC spontanées depuis

OBSERVATION n° 15

Madame C..., 20 ans

Consulte en novembre 1970 pour oligoménorrhée (a subi 2 curettages pour FC, en 1966, puis en août 1970).

A l'HSG: synéchie de la corne droite, associée à une image d'adénomyose en regard de cette synéchie.

En février 1971, dilatation et effondrement de la synéchie du fond à la bougie. A noter une béance isthmique majeure (la bougie n° 7 passant sans le moindre ressaut). Un ballonnet est laissé en place.

L'HSG de contrôle révèle une cavité bien calibrée. Grossesse menée à terme (après cerclage à la 8ème semaine) et accouchement normal en janvier 1973.

EN SOMME :

- . Oligoménorrhée avec synéchie du fond utérin
- . Après 2 curettages post-abortionum (il est probable que la 2ème FC a été provoquée par une synéchie)
- . Intervention par voie basse
- . Bons résultats radiographiques et une grossesse menée à terme.

OBSERVATION n° 16

Madame J... , 50 ans

Mère de 3 enfants (de 26 ans, 25 ans et 22 ans), cette femme a subi, après ces trois grossesses, 3 fois un curettage pour 3 FC.

Souffre de pelvialgies gauches pré et post-menstruelles depuis un an. Galactorrhée prémenstruelle bilatérale.

A l'examen, l'utérus est de volume normal, l'annexe gauche est libre mais douloureuse.

L'HSG montre des synéchies probables de l'isthme, associées à des lésions bilatérales des cornes utérines, évoquant une adénomyomatose.

Le 6.12.1971, hystérectomie totale avec conservation des annexes. L'examen de la pièce opératoire confirme la synéchie de l'isthme.

Un an plus tard, ménopause constituée.

EN SOMME:

- . Pelvialgies avec synéchie cervico-isthmique
- . Après 3 curettages post-abortionum
- . Hystérectomie totale.

OBSERVATION n° 17*Madame C... , 28 ans*

Ayant subi un curettage en juin 1970, à la suite d'une FC provoquée (à la 10ème semaine), cette femme nullipare consulte en octobre 1971 pour une aménorrhée secondaire depuis 3 mois, succédant à une hypoménorrhée progressivement sévère.

L'HSG montre une synéchie isthmique, et l'intégrité des deux trompes. A l'examen: masse latéro-utérine droite.

Intervention le 13.12.1971:

- a) Temps abdominal: utérus en assez bonne position, hypoplasique; ovaire droit porteur d'une tuméfaction polylobée évoquant un papillofibrome. Cette tumeur est énucléée.
- b) Temps vaginal: sous contrôle abdominal, la dilatation jusqu'à la bougie n°9 montre, en effet, une symphyse assez lâche, et partielle, de l'isthme.

L'HSG de contrôle est normale.

La patiente est restée 39 mois sans revoir ses règles (aménorrhée totale, indolore). Depuis mars 1975, réapparition (sans traitement) de cycles irréguliers.

EN SOMME:

- . Aménorrhée secondaire avec synéchie cervico-isthmique
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie basse
- . Bon résultat anatomique mais, sur le plan fonctionnel, aménorrhée persistante pendant 39 mois, cédant spontanément.

OBSERVATION n° 18*Madame V... , 38 ans*

Cette nullipare consulte en janvier 1972 pour des lombalgies associées à des irrégularités du cycle.

Elle a subi deux curettages pour FC (mais nous n'avons pu en obtenir les dates).

A l'examen, l'utérus est en rétroversion prononcée et les annexes sont un peu douloureuses.

L'HSG de janvier 1972 montre l'image de synéchies multiples de la cavité utérine, avec sténose du col difficile à dilater. Une injection lymphatique fait renoncer à visualiser les trompes.

La patiente renoncera tout d'abord à accepter la cure chirurgicale qui lui était proposée. Et elle est revue en juillet 1972 pour une grossesse de 5 mois se développant normalement!

Le 6.12.1972, le Pr THOULON réalise une césarienne prophylactique qui avait été préalablement décidée à cause des synéchies et de la dystocie organique du col (la tête de l'enfant était d'ailleurs mobile encore à quelques jours du terme).

L'extraction de l'enfant s'est avérée facile (occiput en avant) et la délivrance également.

Lors de la révision utérine, aucune trace de synéchies, et le placenta n'est pas anormalement adhérent.

OBSERVATION n° 19

Madame K..., 22 ans

Adressée pour aménorrhée secondaire depuis l'accouchement par césarienne du 16.2.1971 (enfant de 4100 gr). Le retour de couches ne s'est pas produit. Un traitement hormonal aurait fait réapparaître des règles sur 2 à 3 cycles en novembre 1971.

Aucun autre antécédent chirurgical.

A l'HSG : synéchie cervico-isthmique.

Le 8.2.1972, effondrement de la symphyse, par voie basse, après dilatation jusqu'à la bougie n° 9. Mise en place d'une lame de sylastic taillée, (après hystérométrie, sur une hauteur de 9 cms.

Méchage vaginal.

Anatomie pathologique: endomètre dystrophique, folliculo-lutéinique, avec tubules élargis dans un chorion très oedémateux. Inoculation au cobaye négative.

Malade perdue de vue. Son HSG de contrôle était normale.

EN SOMME:

. Aménorrhée secondaire avec synéchie cervico-isthmique

- . Après césarienne
- . Intervention par voie basse
- . Bons résultats anatomiques.

OBSERVATION n° 20

Madame M... , 23 ans

Curettée il y a un an à la suite d'une FC à la 14ème semaine, cette nullipare souffre depuis de pelvialgies et d'une hypoménorrhée croissante.

A l'HSG: synéchie partielle de l'isthme
Trompes perméables.

Le 27.4.1972, dilatation facile jusqu'à la bougie n° 10. On sent, tactilement, plusieurs ressauts que l'on élimine aux ciseaux.

On laisse une lame de sylastic.

Prescription d'un oestro-progestatif.

L'HSG de contrôle a été faite en décembre 1975, à la suite d'une annexite: images d'endométriiose utérine, mais la synéchie a disparu. Règles tout à fait normales.

EN SOMME:

- . Hypoménorrhée et synéchie cervico-isthmique
- . Après curettage post abortum
- . Intervention par voie basse
- . Bons résultats anatomiques et fonctionnels
- . Pas de grossesse.

OBSERVATION n° 21

Madame B..., 34 ans

Nullipare curettée en 1960 à la suite d'une FC spontanée. Cet épisode a été suivi

d'une aménorrhée pendant 24 mois. La recherche du BK a été (deux fois) négative.

Consulte en mai 1972 pour une dysménorrhée avec douleur annexielle gauche (probable reflux menstruel).

A l'HSG: synéchie du fond, prédominant sur la corne droite.

Intervention le 25.5.1972, par voie mixte: après dilatation jusqu'à la bougie n° 10, on butte sur une symphyse supra-isthmique très serrée et fibreuse.

A l'hystérotomie, nette rétention menstruelle en amont de la synéchie, que l'on élimine au ciseau.

L'HSG de contrôle montre une petite synéchie résiduelle et une flaque de lipiodol annexielle gauche.

Règles régulières par la suite avec, depuis janvier 1975, dysménorrhées par endométriose surajoutée.

EN SOMME:

- . Dysménorrhée avec synéchie corporéale partielle
- . Après curetage post-abortum
- . Intervention par voie mixte
- . Bons résultats fonctionnels, mais synéchie résiduelle
- . Pas de grossesse.

OBSERVATION n° 22

Madame V... , 41 ans

Cette femme n'a pas eu d'enfant, mais a vu ses quatre grossesses interrompues par des FC (en 1970, deux fois en 1971, en 1972).

Chacune de ces FC a été curetée.

Elle consulte en septembre 1972 pour un bilan de ces FC à répétition, désirant ferment une grossesse. Les règles sont absolument normales et indolores.

A l'HSG: image de synéchie partielle du fond.

Il lui est proposé un débridement par voie mixte (intervention le 18.9.1972):

- a) Dilatation jusqu'à la bougie n° 10, avec sensation de ressaut médian du

fond, confirmant l'image radiographique.

b) Section de la symphyse au niveau, après repérage par hystérotomie.

On laisse une prothèse en sylastic.

N'a pas eu d'HSG de contrôle (refus par la malade, qui avait alors des règles régulières).

2 grossesses: la deuxième a été interrompue au 2ème mois par une FC.

EN SOMME:

- . Bilan d'avortements à répétition et synéchie du fond
- . Après 4 curettages post-abortum
- . Intervention par double voie
- . 2 grossesses, dont 1 FC.

OBSERVATION n° 23

Madame B... , 36 ans

Mère de deux enfants (nés en 1959 et en 1961), cette patiente consulte pour hypoménorrhées (indolores) depuis 1961 (une rétention placentaire avait alors nécessité un curettage). Un curettage, en 1970, pour FC, semble avoir aggravé la sévérité de l'hypoménorrhée.

A L'HSG: synéchie cervico-isthmique.

Le 30.10.1972, dilatation jusqu'à la bougie n° 9. La synéchie cède facilement, et l'on complète ce geste par un léger curage de la cavité.

Il n'y a pas eu d'HSG de contrôle.

La patiente a été revue le 18.4.1973, souffrant de ménométorragies. A l'examen, rétroflexion utérine douloureuse. Il a alors été décidé de pratiquer une hystérectomie subtotale avec conservation des deux annexes. Sur la pièce opératoire, il n'a pas été retrouvé de synéchie utérine, mais une léiomyomatose diffuse.

EN SOMME:

- . Hypoménorrhée et synéchie cervico-isthmique
- . Après curettage post-partum et curettage post-abortum

- . Intervention par voie basse
- . Hystérectomie 6 mois plus tard, pour ménométrorragies.

OBSERVATION n° 24

Madame T..., 39 ans

Mère de trois enfants, ayant subi un curettage pour FC provoquée il y a 10 mois, cette femme consulte en novembre 1972 pour des douleurs pelviennes droites avec, à l'examen par TV, une petite tuméfaction à droite, imprécise et non étiquetée.

L'HSG révèle une synéchie cervico-isthmique.

Le 18.11.1972, cure de synéchie par voie basse, par dilatation jusqu'à la bougie n° 8. La coelioscopie n'a rien révélé de suspect.

Revue en février 1973 pour une symptomatologie de ménopause, laquelle sera en fait authentifiée par une nette élévation des FSH (âge de la patiente: 40 ans).

EN SOMME:

- . Pelvialgies et synéchie cervico-isthmique
- . Après curettage pour FC
- . Intervention par voie basse
- . Ménopause précoce 3 mois après l'intervention.

OBSERVATION n° 25

Madame V... , 24 ans

Cette femme consulte au début de janvier 1973 pour une aménorrhée secondaire à un accouchement 9 mois auparavant: une rétention placentaire avait nécessité un curettage 5 jours après l'accouchement, puis à nouveau au 20ème jour, à cause d'une hémorragie récidivante.

Il n'y a pas eu de retour de couches.

Son médecin traitant a essayé la progestérone pour créer des cycles artificiels,

mais une HSG, 4 mois après l'accouchement, montre alors une synéchie corporéale médiane.

Le 4.1.1973, intervention par voie mixte:

- a) D'emblée l'on introduit la bougie n° 8; on effondre partiellement la symphyse, mais l'on décide d'adopter la conduite à tenir préconisée par MUSSET, c'est-à-dire contrôler et compléter le débridement par voie abdominale.
- b) Débridement aux ciseaux après hystérotomie. On laisse pour une douzaine de jours une prothèse en sylastic.

HSG de contrôle en mars 1973: bon résultat.

En février 1974 naissance, à terme, d'un enfant de 3300 g (il y a eu cerclage du col au 3ème mois).

Actuellement, grossesse en cours (5ème mois) et à nouveau il y a eu cerclage au 3ème mois.

EN SOMME:

- . Aménorrhée secondaire et synéchie corporéale
- . Après curettages post-partum
- . Intervention par voie mixte
- . Bons résultats fonctionnels et anatomiques
- . 1 grossesse menée à terme; une est en cours (5ème mois).

OBSERVATION n° 26

Madame S... , 40 ans

Cette femme consulte, en janvier 1973, avec des antécédents chirurgicaux chargés: appendicectomie en 1950, accouchement d'une fille par césarienne en 1960, annexectomie droite avec myomectomie (pour fibrome de la corne droite) en 1971, ablation de kystes du sein droit en 1965.

Depuis 1963, souffre de douleurs lombo-pelviennes gauches à renforcement pré-menstruel.

L'HSG montre une grosse hernie de l'endocol, évoquant une séquelle de césarienne, avec probable endométriose. Synéchie partielle de l'isthme sus-jacente.

Le 22.1.1973, l'exploration endo-utérine confirme l'ectasie endocervicale avec

isthme rétréci: cette symphyse cède avec la bougie n° 10.

En mai 1974, la persistance des douleurs fait poser l'indication opératoire: hystérectomie totale sans conservation.

Sur le plan histologique, dégénérescence multikystique de l'ovaire gauche, sans doute responsable des douleurs.

EN SOMME:

- . Pelvialgies et synéchie cervico-isthmique
- . Après césarienne et myomectomie
- . Intervention par voie basse
- . Hystérectomie 16 mois plus tard pour pelvialgies.

OBSERVATION n° 27

Madame D... , 29 ans

Entre en mai 1973 pour un bilan de stérilité secondaire. Règles normales, indolores. Lombalgies en décubitus.

Antécédents: une grossesse menée à terme en 1969.
une FC spontanée (2ème mois) en 1972, suivie d'un curettage.

L'HSG s'avère impossible en raison d'un blocage isthmique du produit de contraste. Un forage est réalisé, et la cavité sus-jacente s'avère normale, avec trompes bien perméables.

Le 25.5.1973, dilatation facile jusqu'à la bougie n° 9; la synéchie résiduelle cède.

Cette femme a été totalement perdue de vue.

EN SOMME:

- . Stérilité et synéchie cervico-isthmique
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie basse
- . Malade perdue de vue.

OBSERVATION n° 28

Madame D..., 35 ans

Cette femme est mariée depuis 9 ans, sans enfant, mais a subi un curettage pour FC spontanée du 2ème mois (date non communiquée).

Elle souffre de dysménorrhées intenses, et depuis peu (4 cycles) il y a spanio-ménorrhée.

A l'examen, elle est porteuse d'une énorme poly-fibromatose utérine (l'ensemble est du volume d'un gros melon).

L'HSG faite en juin 1973 visualise une volumineuse déformation de la cavité par un fibrome probablement ancré au niveau de l'isthme, avec curieuses images d'injection dans le fibrome lui-même et dans les vaisseaux. Les trompes sont perméables.

Le 18.6.1973, hystérectomie totale avec conservation des deux annexes.

L'examen de la pièce opératoire confirme l'existence de deux fibromes, sans endométriose. Le fibrome du bord gauche de l'isthme, sous-muqueux, a créé une synéchie lâche, avec un considérable allongement de l'isthme.

Les fibromes sont remaniés, avec début de nécrobiose.

EN SOMME:

- . Dysménorrhées avec fibromes et synéchie cervico-isthmique
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par hystérectomie totale.

OBSERVATION n° 29

Madame G... , 25 ans

Mère d'une fille née en 1969 par césarienne, cette femme a subi en mars 1973 un curettage après interruption d'une grossesse gémellaire au 6ème mois pour hydramnios.

Depuis, aménorrhée avec molimen cataménial cyclique bien régulier.

L'HSG fait en septembre 1973 est impossible: le produit de contraste, même injecté sous pression, ne dépasse pas l'endocol.

Le 15.11.1973, intervention par voie basse en essayant de rompre la synéchie cervico-isthmique. Mais perforation avec la bougie n° 3.

Il est pratiqué un Pfannenstiel et l'on libère la zone symphysée aux ciseaux; la perforation pariétale est punctiforme. La cavité utérine paraît normale en amont de la synéchie. On laisse en place une lame de sylastic.

L'HSG de contrôle, en avril 1974, montre un médiocre résultat (petite image d'imprégnation utérine).

Cette femme étant non désireuse d'enfant, refusera désormais une nouvelle cure.

EN SOMME :

- . Aménorrhée secondaire et synéchie cervico-isthmique
- . Après césarienne et curettage post-abortionum
- . Intervention par voie mixte
- . Mauvais résultat anatomique.

OBSERVATION n° 30

Madame P... , 37 ans

Cette femme, mère de 4 enfants, consulte en novembre 1966 pour une aménorrhée secondaire à la suite d'un curettage pour FC, six mois auparavant. Elle avait déjà subi un curettage pour FC en 1951. Elle signale un molimen cataménial très net.

A l'HSG: synéchie cervico-isthmique.

Le 15.12.1966, dilatation jusqu'à la bougie n° 10: la synéchie cède et il s'écoule quelques cm³ de sang noir.

On laisse pour 3 jours une petite sonde de MALECOT.

L'HSG de contrôle est satisfaisante.

Fin 1969, la malade est revue: excellents résultats fonctionnels.

En juillet 1970, annexectomie gauche pour volumineux kyste ovarien, polylobé, à contenu hématique épais.

Ménopause débutante en 1973 (âgée de 44 ans).

EN SOMME :

- . Aménorrhée secondaire et synéchie cervico-isthmique

- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie basse
- . Bons résultats fonctionnels et anatomiques
- . Pas de grossesse.

OBSERVATION n° 31

Madame M... , 23 ans

Voici une patiente qui a subi 3 curettages: 2 fois au décours de FC (mai 1973, puis avril 1974) et un nouveau curettage hémostatique en octobre 1974 à cause de métrorragies persistantes.

Elle consulte alors, en octobre 1974, pour bilan de stérilité. Les règles sont normales, très régulières. L'examen décèle une tuméfaction annexielle droite, douloureuse, de la taille d'un oeuf de poule. L'utérus est en rétroversion.

A L'HSG: synéchie corporéale du fond
Bon passage tubaire.

Le 25 octobre 1974, intervention par voie mixte:

- a) Pfannenstiel: il existe un kyste séreux du bord inférieur de l'ovaire droit; trompes normales.
- b) Par voie canalaire, dilatation jusqu'à la bougie n° 8, et section de ponts fibreux sous contrôle abdominal (empaumage de l'utérus). On laisse en place un stérilet de MASSOURAS pour 5 semaines. Enucléation du kyste ovarien: histologiquement, il s'agit d'un cystadénome séreux bénin.

HSG de contrôle: excellent résultat, mais il y a béance de l'isthme.

Cette femme a eu une grossesse en 1975, mais il y a eu accouchement prématuré à la 27ème semaine. L'enfant est mort (sans couveuse) 2 jours plus tard.

EN SOMME:

- . Stérilité secondaire et synéchie corporéale
- . Après curettages post abortum
- . Interventions par voie mixte avec empaumage utérin
- . Bons résultats anatomiques

- . 1 grossesse avec accouchement prématuré à la 27ème semaine. Enfant décédé au 2ème jour.

OBSERVATION n° 32

Madame M... , 26 ans

Cette femme, nullipare, a subi un curettage pour FC (à la 9ème semaine), en 1970. Depuis, règles très peu abondantes et cycles irréguliers.

La courbe thermique montre un plateau très tardif, court, et un cycle allongé.

A l'HSG, synéchie corporéale médiane.

Le 14.11.1974, intervention par voie mixte:

- a) Pfannenstiel: dystrophie ovarienne micro polykystique banale. Aucun signe de STEIN-LEVENTHAL.
- b) Dilatation par voie canalaire jusqu'à la bougie n° 8 sous empaumage de l'utérus. On complète la cure de synéchies par quelques manoeuvres aux ciseaux. On laisse une petite prothèse en sylastic.

Il n'y a pas eu d'HSG de contrôle; les suites sur le plan fonctionnel sont décevantes.

Début d'une grossesse en novembre 1975; cerclage à la 14ème semaine, et malgré hormonothérapie, il y a mort du fœtus in utéro à la 16ème semaine.

EN SOMME:

- . Hypoménorrhée et synéchie corporéale
- . Après curettage post-abortion
- . Intervention par voie mixte avec empaumage utérin
- . Mauvais résultats fonctionnels
- . 1 grossesse interrompue à la 16ème semaine.

OBSERVATION n° 33

Madame M... , 25 ans

Mariée depuis 4 ans cette femme a subi, il y a 8 ans, un curettage pour FC spontanée au 3ème mois.

Elle consulte, en juillet 1974, pour bilan de stérilité secondaire (le cyclofénil est inefficace) et pelvialgies exacerbées pendant les règles.

Le spermogramme de son mari est normal.

A l'HSG: synéchies cervico-isthmiques et corporéales partielles. La trompe droite n'est pas imprégnée.

Le 18.11.1974, coelioscopie (qui ne révèle guère que deux ovaires un peu dystrophiques), puis dilatation par voie basse. L'HSG de contrôle est normale.

Grossesse débutante en février 1975; accouchement à terme le 25 octobre 1975 (par césarienne) sans problème obstétrical de délivrance.

EN SOMME:

- . Stérilité et synéchies cervico-isthmiques
- . Après curettage post-abortum
- . Intervention par voie basse
- . Bons résultats anatomiques
- . Grossesse menée à terme. Accouchement par césarienne.

OBSERVATION N° 35

Madame N... , 30 ans

Cette femme consulte son gynécologue à GAP pour une récente aménorrhée, apparue en octobre 1974.

Elle a accouché le 23 avril 1974, n'a pas allaité l'enfant; les suites de couches ont été perturbées par des métrorragies quotidiennes qui ont motivé un curettage le 1er juillet. Les cycles suivants étaient terminés par des règles très peu abondantes.

A l'HSG: synéchies corporéales partielles, fundiques
Trompes bien perméables.

Le 5 décembre 1974, intervention à voie mixte: empaumage de l'utérus et dilatation jusqu'à la bougie n° 9.

HSG de contrôle: excellent résultat.

Les règles sont devenues normales.

Une grossesse est actuellement en cours (début en octobre 1975).

EN SOMME:

- . Aménorrhée secondaire et synéchies corporéales
- . Après curetage post-partum
- . Intervention par voie mixte avec empaumage utérin
- . Excellents résultats anatomiques et fonctionnels
- . Grossesse en cours (7ème mois).

OBSERVATION n° 35

Madame P... , 48 ans

Mère de 3 enfants, cette femme a été ménopausée il y a 2 ans quand elle consulte, en décembre 1974, pour un épisode de métrorragie (saignement abondant pendant 5 jours). Ses 3 accouchements se sont bien déroulés. Elle a subi un curetage (pour FC non datée) et une ovariectomie gauche en 1950.

A l'HSG: diverticulose et image lacunaire du fond de l'utérus, évoquant un polype ou une synéchie.

Le 12.12.1974, hystérectomie totale sans conservation: la pièce opératoire révélera deux petites synéchies: l'une sus-isthmique, l'autre localisée à la corne gauche (en regard d'un foyer d'adénomyose).

Histologiquement: rien de suspect.

EN SOMME:

- . Métrorragies et synéchies corporéales

- . Après curettage post-abortionum
- . Hystérectomie totale.

OBSERVATION n° 36

Mademoiselle L.T.... , 20 ans

Depuis le curettage ayant suivi, en juin 1974, une FC provoquée, cette jeune femme souffre de pelvialgies actuellement intenses, associées depuis 15 jours à des brûlures mictionnelles.

Les syndromes abdominaux douloureux évoluant par crises ont été traités (par deux médecins différents) aux antibiotiques (ampicilline et doxycycline), mais il y a eu échec.

A l'HSG: petite synéchie de la corne gauche.

Le 19 décembre 1974, coelioscopie (qui montre un utérus rétroversé et rétrofléchi, un Douglas libre, des trompes saines), puis libération de la synéchie par dilatation avec la bougie n° 8.

Malade totalement perdue de vue.

EN SOMME:

- . Pelvialgies et synéchie corporéale
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie basse
- . Malade perdue de vue.

OBSERVATION n° 37

Madame D... , 29 ans

Consulte en avril 1975 pour hypoménorrhée et dyspareunie du fond.

A eu une grossesse en 1968, avec accouchement par césarienne (bassin rétréci). Depuis, 2 curettages pour FC spontanées (1969, puis 1970).

A l'HSG: image lacunaire de synéchie isthmique, à 2 centimètres au-dessus de la cicatrice de césarienne.

Le 10 avril 1975: effondrement en zone adhérentielle par dilatation jusqu'à la bougie n° 9. Petit ressaut plus bas situé (à 2,5 cm de l'orifice du col) correspondant probablement à un diverticule datant de la césarienne.

Il n'y a pas eu d'HSG de contrôle.

Actuellement, règles insuffisantes, durant 36 heures et douloureuses. Pas de grossesse en cours.

EN SOMME:

- . Hypoménorrhée et synéchie cervico-isthmique
- . Après césarienne et 2 curettages post-abortum
- . intervention par voie basse
- . Mauvais résultats fonctionnels.

OBSERVATION n° 38

Madame B... , 26 ans

Nullipare ayant subi 2 curettages pour FC provoquée (en 1972 et en 1973), la 2ème évacuation utérine ayant été faite par aspiration simple); cette femme consulte en avril 1975 pour aménorrhée apparue il y a 5 mois. Ses cycles sont très irréguliers (30 à 90 jours). Le dosage des prolans est négatif.

A l'HSG: synéchies corporéales partielles.

Le 11 avril 1975, dilatation jusqu'à la bougie n° 8. On laisse en place, pour 24 heures, une mèche grasse aux antibiotiques.

L'HSG de contrôle, en juillet, est normale. Les règles sont normales.

Début de grossesse en septembre 1975.

En SOMME:

- . Aménorrhée secondaire et synéchies corporéales
- . Après 2 curettages post-abortum

- . Intervention par voie basse
- . Bons résultats anatomiques et fonctionnels
- . Grossesse actuellement en cours (8ème mois).

OBSERVATION n° 39

Madame R... , 21 ans

Depuis le curettage subi en décembre 1974 pour FC provoquée (à la 7ème semaine) elle n'a pas revu ses règles, malgré le Lutogynœstryl fort. Aucun syndrome douloureux, cyclique ou non.

A l'HSG: synéchie corporéale médiane.
Trompes perméables.

Le 16.6.1975, cure de synéchie par voie basse par dilatation jusqu'à la bougie n° 8; on laisse en place une lame de sylastic pour 10 jours.

L'HSG de contrôle est normale.

La malade est actuellement sous oestro-progestatif.

EN SOMME:

- . Aménorrhée secondaire et synéchie corporéale
- . Après curettage post-abortionum
- . Intervention par voie basse
- . Bon résultat anatomique.

OBSERVATION n° 40

Madame E... , 33 ans

En 1967, cette femme a subi un curettage et une salpingectomie droite à la suite d'une grossesse extra-utérine.

Elle consulte en octobre 1975 pour un bilan de stérilité. Ses règles sont assez peu abondantes depuis 1967, les cycles sont réguliers.

A l'HSG : - synéchie corporeale médiane

- endométriose tubaire bilatérale.

Le 3.11.1975, intervention à double voie:

1/ Pfannenstiel: il confirme l'important foyer d'endométriose tubaire interne bilatérale.

Sous contrôle de la laparotomie et en empaumant l'utérus, dilatation du col jusqu'à la bougie n° 9 et cure de la synéchie aux ciseaux (ressauts très difficiles à sectionner en raison de leur ancienneté).

On laisse en place un stérilet type MASSOURAS.

2/ Dans un deuxième temps, implantation tubo-utérine à gauche.

L'HSG de contrôle, en mars 1976, montre un utérus hypoplasique dont la synéchie a disparu. La réimplantation tubo-utérine gauche est bien perméable.

EN SOMME:

- . Stérilité et synéchie corporeale
- . Après curetage post-abortum
- . Intervention par voie mixte avec empaumage
- . Résultat anatomique convenable.

1° - PERIODE D'ETUDE ET RECRUTEMENT

Nous avons étudié les dossiers de quarante femmes hospitalisées à la Clinique gynécologique du pavillon L, à l'Hôpital Edouard Herriot.

Ces dossiers ont été recueillis aux archives du pavillon L et parmi la clientèle privée du Professeur ROCHET.

Ils recouvrent une période de neuf années, c'est-à-dire entre janvier 1967 et décembre 1975. Les consultantes habitaient la région Rhône-Alpes, sauf trois d'entre elles, des Nord-Africaines, dont les synéchies utérines sont imputables à des curetages réalisés en Algérie et au Maroc.

2° - TECHNIQUE DE L'HYSTEROGRAPHIE

Produit de contraste utilisé

Dans le Service est utilisé le VASURIX POLYVIDONE, très fluide, passant bien dans les trompes. Ce produit provoquant quelquefois la formation de bulles d'air, on en tiendra compte dans l'interprétation des clichés.

Technique radiologique

Elle n'a rien de particulier: clichés de face, puis de profil, recherche de la perméabilité tubaire en exerçant une pression suffisante: une seule fois (obs.n° 18) il a fallu renoncer à visualiser les trompes à cause d'une importante injection lymphatique. Et, bien sûr, les 3 cas de synéchie totale ont donné des images d'imprégnation en doigt de gant; mais nous n'avons pas d'exemple de forage, le diagnostic de synéchie corporeale totale ayant été confirmé à postériori en opératoire.

3° - RECHERCHE DES RESULTATS POST-OPERATOIRES

Aux femmes qui n'ont pas été revues en consultation publique ou privée après la cure de synéchies, nous avons adressé en avril 1976 un questionnaire à remplir, concernant les résultats fonctionnels (régularité ou non des cycles, normalisation ou non des règles, algies pelviennes ou non) et obstétricaux (nombre de grossesses éventuelles), fausse(s) couche(s), accouchement(s) à terme, césarienne(s) et grossesse(s) en cours).

Parmi les 40 personnes qui ont fait l'objet de ce travail, 4 ont été totalement perdues de vue. Nous remercions ici les médecins traitants de certaines de nos patientes, qui ont eu l'amabilité de contribuer à notre information.

RESULTS

ETIOLOGIE

Nous avons résumé les circonstances étiologiques des synéchies utérines de nos 40 malades sur le tableau n° 1; nous avons trouvé:

- . 35 fois sur 40 un ou plusieurs curettage(s) sur utérus gravide

31 fois en post-abortionum

4 fois en post-partum.

Dans 9 cas il y a eu curettages itératifs (maximum de 4 curettages).

- . 2 fois il y a eu explorations endo-utérines pour polypes (obs. n° 6 et 11).
- . 2 cas de myomectomies (observ. n° 5 et 26).
- . 5 cas de césariennes; mais, en fait, une seule peut être reconnue comme responsable certaine d'une synéchie cervico-isthmique (observ. n° 19).

Quant à l'ancienneté des lésions, reconnue par MUSSET comme argument important pour poser l'indication d'une méthode thérapeutique, nous constatons 18 synéchies constituées depuis moins d'un an, 17 synéchies vieilles de plus de un an, 5 femmes n'ayant pas pu nous préciser la date du traumatisme déclenchant.

SIGNES D'APPEL

Nous préférons ce terme à celui de "symptomatologie", parce que les femmes qui consultent le font pour la plupart d'entre elles pour un seul symptôme qui les inquiète.

Et c'est un interrogatoire détaillé qui leur fera évoquer d'autres symptômes qui n'avaient pas justifié, eux, la consultation.

Ainsi en est-il d'une femme qui, par exemple, consulte pour une hypoménorrhée et dont l'interrogatoire lui fera dire qu'il y a aussi stérilité.

Ces précisions apportées, voyons quels sont les motifs de consultation de nos malades: tableau 2:

- . Troubles des règles: 33 cas (soit 82,5 %)
- . Troubles de la fonction de reproduction: 7 cas (soit 17,5 %).

TABLEAU n° 1

CAUSE DES TRAUMATISMES		Nb de cas	AM. IIaire	HYPOM.	MENO METR.	DYSM	PELVI AL- GIES	STER.	F.C.
CURETTAGES	POST ABORTUM	31	8	7	1	4	4	6	1
	POST PARTUM	4	4						
	BIOPSIQUES OU AUTRES	2			1	1			
CESARIENNES (isolément)		1	1						
MYOMECTOMIES (isolément)		2			1		1		

TABLEAU n° 2

SIGNES FONCTIONNELS	S Y N E C H I E S			TOTAUX	%
	CERVICO ISTHMIQUES	CORPOREALE	TOTALE		
AMENORRHEE II	5	5	3	13	32,5 %
HYPOMENORRHEE	4	3		7	17,5 %
DYSMENORRHEE	5	5		10	25 %
MENO- METRORRAGIES	1	2		3	7,5 %
STERILITE	2	4		6	15 %
F.C.		1		1	2,5 %

Donc:

- . une femme sur 3 vient pour aménorrhée secondaire
- . une femme sur 4 vient pour dysménorrhées
- . une femme sur 6 vient pour stérilité.

1° - L'aménorrhée secondaire

C'est un signe d'alarme pour la patiente qui consulte pourtant plus ou moins rapidement, selon que la disparition des règles s'installe d'emblée ou non après le traumatisme.

Ainsi:

- a) parmi les 8 cas d'aménorrhée ayant suivi un curettage pour avortement, 5 femmes ont consulté dans un délai de quatre mois car elles n'avaient pas revu leurs règles.

Dans les 3 autres cas, il y a eu latence, c'est-à-dire une période d'hypoménorrhée précédant la disparition des règles.

- b) Parmi les 4 cas d'aménorrhée ayant suivi un curettage des suites de couches, un seul cas d'aménorrhée post-partum vraie, pouvant faire discuter le diagnostic du syndrome de CHIARI FROMMEL.

Là encore, les 3 autres cas succédèrent à une période d'hypoménorrhée progressivement sévère.

- c) La césarienne de l'observation n° 19 a été, elle aussi, suivie d'une absence de retour de couches.

Certaines de nos malades ont reconnu avoir souffert d'un molimen cataménial cyclique, mais nous n'avons pas la proportion exacte sur nos 13 cas.

Nous pouvons enfin remarquer que:

- . tous les curettages post-partum ont été suivis d'aménorrhée secondaire,
- . les 3 cas de synéchies corporeales totales ont été responsables d'aménorrhée complète.

2° - L'hypoménorrhée

Nous l'avons retrouvée 7 fois, dont 2 fois associée à des dysménorrhées, une fois à une dyspareunie.

3° - Les règles douloureuses et les pelvialgies

Elles ont motivé 10 consultations.

7 cas de douleurs pelviennes isolées, avec règles d'abondance normale, et indolores.

3 cas seulement de dysménorrhées, intenses en général, ont amené les malades à nous consulter.

Une seule de nos patientes a mentionné des irrégularités de ses cycles (observ. n° 18).

4° - Les ménométrorragies

Nous les avons notées chez des femmes toutes trois âgées de plus de 43 ans.

Deux d'entre elles étaient en période de ménopause, la troisième (observ. n° 6) avait, en plus d'une synéchie cervico-isthmique, un polype reconnu lors de l'intervention.

5 ° - Les troubles de la fonction de reproduction

a) Nous avons reçu 6 femmes consultant pour une stérilité (15 % des cas).

b) L'avortement spontané a été une seule fois motif de consultation (observ. n° 10). La malade en était à son deuxième mois de grossesse (en août 1969), cinq ans après avoir été curetée pour des polypes utérins.

HYSTEROGRAPHIES

Nous donnons dans le tableau 3 la répartition des images radiologiques en fonction de l'étiologie.

SYNECHIES	CURETTAGES		AUTRES CAUSES
	POST-ABORTUM	POST-PARTUM	
CERVICO-ISTHMIQUE	14 (4 [*])		1 MYOMECTOMIE 1 CESARIENNE 1 CURETTAGE (POLYPES)
CORPOREALE	15 (4 [*])	3 (1 [*])	1 MYOMECTOMIE 1 CURETTAGE (METRORRAGIE)
TOTALE	2	1	

TABEAU n° 3

Nous retrouvons donc:

- . 17 synéchies cervico-isthmiques (soit 42,5 %)
- . 20 synéchies corporéales (soit 50 %)
- . 3 synéchies totales (soit 7,5 %).

Les chiffres marqués de l'astérisque représentant le nombre de femmes ayant subi plusieurs curettages (jusqu'à 4), on voit que la proportion est la même dans chacune des variétés cervico-isthmique ou corporéale.

Les 4 curettages post-partum ont provoqué des lésions corporéales (dont une synéchie totale).

T R A I T E M E N T

I - METHODES THERAPEUTIQUES

Sur les 40 cas que nous présentons, il y a eu une seule abstention thérapeutique (observ. n° 18); la personne concernée avait refusé l'intervention proposée et est devenue enceinte deux mois après le diagnostic de synéchies corporéales multiples. Nous reviendrons sur ce cas à propos du retentissement de la grossesse sur les synéchies utérines.

39 femmes ont donc été opérées, et le tableau n° 4 résume les modalités chirurgicales choisies pour chacune des trois variétés de synéchies.

- 1° - La méthode "à l'aveugle" a été utilisée 28 fois. Dans un premier temps est faite la dilatation du col utérin, en utilisant des bougies de HEGAR de calibre croissant, au maximum jusqu'au n° 12. Par des mouvements de divulsion doux imprimés à la bougie, l'opérateur sent, tactilement, claquer les cordages des adhérences les moins solides. Au besoin les ciseaux courbes peuvent compléter la cure. Dans 5 cas, l'instrument a été guidé par empaumage de l'utérus après laparotomie.
- 2° - Sous contrôle de la vue, ont été traités 7 cas de synéchies, dont les 3 cas de synéchies totales, qui ont chacune exigé la reconstitution d'une néo-cavité.
- 3° - Dans 4 cas, il y a eu hystérectomie:
 - deux des malades avaient 48 ans et 50 ans (observ. n° 16 et 35);
 - le cas n° 3 est celui d'une femme de 33 ans, mère de deux enfants (nés par césarienne) qui avaient consulté pour dysménorrhées intenses ;

- le cas n° 28 est celui d'une femme dont l'hystérogographie avait révélé une énorme poly-fibromatose utérine; c'est à l'examen de la pièce opératoire qu'était découverte une synéchie isthmique.

Ainsi, mis à part les cas particuliers d'hystérectomie, toutes les synéchies cervico-isthmiques ont été traitées par voie vaginale; dans 5 cas, où il y a eu recours à la méthode à double équipe (donc empaumage de l'utérus et libération par voie canalaire), les synéchies avaient plus de un an d'âge.

CURE CHIRURGICALE		SYNECHIES CERVICO-ISTHMIQUES	SYNECHIES CORPOREALES	SYNECHIES TOTALES
METHODE A L'AVEUGLE (28) SOUS CON- TROLE DE LA VUE (7)	VOIE BASSE SIMPLE	15	8	
	EMPAUMAGE		5	
	HYSTERECTOMIE		4	
	HYSTEROPLASTIE			3
HYSTERECTOMIES (4)		2	2	

TABLEAU n° 4

II - INTERPOSITION DE MATERIEL

Afin d'éviter une récurrence cicatricielle une fois qu'on été libérées les synéchies, il faut tenir écartées l'une de l'autre les parois utérines.

Nous retrouverons ultérieurement des exemples d'appareillages laissés en place. Dans le Service, nous pouvons chronologiquement cerner deux époques:

Avant 1972, étaient utilisés des matériels variés: sonde à ballonnet gonflable, sonde de MALECOT, toile de nylon grillagée, lame de caoutchouc.

Depuis 4 ans est systématiquement laissée en place une lame de sylastic taillée en triangle (après hystérométrie) ou un stérilet du type de celui de MASSOURAS (duck's foot).

III - SOINS POST-OPERATOIRES

Un traitement adjuvant anti-infectieux et hormonal est mis en route pour prévenir l'infection et aider la muqueuse à se régénérer.

Les oestrogènes sont prescrits seuls ou associés à la progestérone (notamment dans le traitement séquentiel).

IV - RESULTATS

1° - Au point de vue fonctionnel

Parmi les 33 malades qui avaient consulté pour des troubles des règles:

- 20 ont actuellement des cycles réguliers et des règles normales,
- 4 ont une hypoménorrhée,
- 3 ont des cycles irréguliers ou des dysménorrhées,
- 2 n'ont pas revu leurs règles (11 et 17),
- 1 femme est aujourd'hui ménopausée (observ. n° 35): en fait, elle avait consulté, âgée de 48 ans, pour des métrorragies, et c'est à l'ouverture de la pièce opératoire (hystérectomie totale) que l'on confirmait une synéchie suspectée par une image lacunaire du fond à l'hystérogaphie,
- enfin, 3 femmes ont été perdues de vue (observ. n° 4, 19 et 36).

Ainsi, 2/3 des femmes, sur notre échantillonnage, ont leur règles parfaitement rétablies.

2° - Au point de vue anatomique

Parmi les 39 malades opérées, 4 l'ont été par hystérectomie, et nous pouvons donc les éliminer de cette rubrique.

Certaines femmes ont été perdues de vue, d'autres ont refusé une hystérogaphie de contrôle, décision liée à l'amélioration clinique.

Nous disposons de 23 dossiers radiologiques de contrôle; certains, en fait, ont été réalisés à cause de métrorragies, ou de pelvialgies dans les suites opératoires.

- 19 améliorations radiologiques évidentes,
- 3 synéchies persistantes ou récidivantes,
- 1 cas de synéchie résiduelle (cf. tableau n° 5).

	NOMBRE DE CAS	NOMBRE D'HSG DE CONTROLE	RESULTATS SATISFAISANTS		MAUVAIS RESULTATS
			APRES INTERV. VOIE BASSE	APRES INTERV. VOIE ABD.	
S. RECENTES	18	12	8	2	2
S. ANCIENNES	17	10	5	3	2
DATE INCONNUE	5	1	1		0

Tableau n° 5

3° - Au point de vue obstétrical

Il y a deux façons d'envisager ce problème, statistiquement tout au moins.

Soit considérer le résultat obstétrical par rapport au groupe des 39 personnes opérées.

Soit ramener ce résultat au nombre d'interventions dont les suites autorisaient un espoir, c'est-à-dire en éliminant les cas où il y a eu hystérectomie, ou proximité de la ménopause lors de la cure de synéchies.

Examinons donc nos résultats sous les deux conditions précitées.

A - Parmi les 39 cas avec intervention chirurgicale, nous avons recensé 19 grossesses, dont 9 ont été menées à terme avec naissances d'enfants vivants, soit 23 % de succès.

C'est ce taux de succès que nous utiliserons en comparant nos résultats obstétricaux avec ceux d'autres auteurs.

B - En éliminant les cas qui n'autorisaient aucune possibilité de grossesse, il reste 28 femmes que nous avons donc contactées pour savoir où elles en étaient actuellement sur le plan obstétrical.

Nous avons éliminé:

- 6 femmes ménopausées (toutes l'ont été dans les 24 mois qui suivirent l'intervention),
- 4 femmes hystérectomisées,
- 1 femme non désireuse d'enfants.

Parmi les 28 femmes contactées: 19 grossesses (13 femmes sont devenues enceintes, 6 l'ont été 2 fois).

Donc:

- a) 19 grossesses: 9 accouchements à terme (dont 4 par césarienne)
 - 6 fausses couches
 - 3 grossesses en cours (aux 5ème, 7ème et 8ème mois),
 - 1 prématurité: 27ème semaine (bébé décédé).
- b) 8 stérilités persistantes.
- c) 4 cas perdus de vue.
- d) 3 réinterventions avec hystérectomies (toutes 3 à la suite de métrorragies itératives).

En conclusion:

- une femme sur trois (parmi ces 28 femmes opérées) a mené une grossesse à terme avec accouchement d'un enfant vivant,
- une femme sur trois est restée stérile.

Le pronostic obstétrical est donc péjoratif puisqu'une femme sur trois seulement a mené une grossesse à terme (avec naissance d'un enfant vivant) et 50 % des grossesses ont abouti au terme.

DISCUSSION

P H Y S I O P A T H O L O G I E

1° - La genèse des synéchies

Avec NETTER, on peut admettre que les synéchies représentent "un processus de cicatrisation d'une plaie endo-utérine assez profonde pour atteindre le myomètre".

HALD avait d'ailleurs prouvé la présence de fibres musculaires parmi les débris évacués au cours d'un curettage.

Et, de fait, si le rôle de la curette est de ramener la couche superficielle de la muqueuse, et elle seule, il est très fréquent qu'elle décape toute cette muqueuse et entame le muscle lui-même. Au terme de l'opération, le myomètre est donc abrasé. Or, au décours du curettage se produit une tétanisation du muscle utérin, les contractions rapprochant donc entre elles les parois lésées par la curette.

Au niveau des plaies ainsi mises en vis à vis se constituent des accollements plus ou moins lâches au début, qui vont alors s'organiser et solidariser intimement des zones pariétales entre elles (2 et 3).

Nous retiendrons avant tout deux notions favorisantes à ce processus:

- d'une part, le ramollissement utérin du post-partum (imbibition gravidique);
- d'autre part, l'inertie de l'endomètre, consécutive à l'inactivité ovarienne, cette "sidération" entravant la régénération muqueuse (12).

Quant à l'infection, son rôle apparaît bien aléatoire, bien que LABRY estimât que "plus que la curette, c'est l'infection qui a un rôle essentiel dans les adhérences, or, les fausses couches sont toujours infectées" (31).

NETTER réfute cette hypothèse, et avec lui POLISHUK qui n'a authentifié qu'un seul cas de S.U. chez 28 patientes ayant présenté une endométrite puerpérale (43).

2° - L'histogenèse des lésions de l'endomètre

L'examen histologique systématique a souvent révélé que l'endomètre demeure fonctionnel dans les zones non symphysées de l'utérus.

La métaplasie, qu'elle soit mucipare ou malpighienne, n'a pas encore reçu une explication pathogénique formelle. Peut-être l'ischémie (résultant de la compression réalisée par l'hématome qui se collecte une fois par mois) apporte-t-elle une partie de la réponse (13).

3° - L'insuffisance menstruelle

On conçoit bien qu'il y ait hypoménorrhée, voire aménorrhée, lorsque la surface saignante de la muqueuse est réduite à quelques centimètres carrés par des synéchies corporeales étendues.

Mais cette interprétation mécanique des perturbations menstruelles est mise en défaut dans le cas des adhérences minimales qui, elles aussi, peuvent provoquer une aménorrhée.

ASHERMAN a proposé sa thèse de l'inhibition réflexe: l'ovulation persiste normalement, la courbe de température demeure biphasique, mais c'est, selon lui, la réponse utérine aux stimuli hormonaux qui est affectée. Malgré des ovulations régulières, l'endomètre resterait au repos.

L'auteur rapproche ce mécanisme neurogène de l'aménorrhée secondaire de l'anurie réflexe lors d'une lithiase urétérale (2).

Cette thèse a été combattue par plusieurs auteurs, mais l'on doit reconnaître, avec NETTER, qu'elle a le mérite "de cacher notre grande ignorance pathogénique" dans l'état actuel des choses.

4° - L'hématométrie

STAMER avait expliqué qu'en amont de la striction anatomique s'accumulait cycliquement un peu de sang menstruel, lequel reflue jusqu'à la cavité péritonéale où il se résorbait, ou bien provoquait un hémato-salpinx, à cause d'un caillot ou d'un tissu inflammatoire retenant le sang dans les trompes.

A l'appui de sa thèse, il apportait l'argument de l'utérus pseudo-gravide dilaté par l'hématométrie. ASHERMAN a, bien sûr, toujours réfuté les considérations de STAMER, en invoquant sa thèse "d'ovulating non bleeding", et en précisant que les parois utérines s'hypertrophiaient fréquemment quand l'organe était atteint de synéchies, simulant par là même un début de grossesse.

La constatation d'hématosalpinx bilatéraux, faite trois fois sur six cas de synéchies cervico-isthmiques par NETTER, de rétention de sang (une à deux cuillérées à soupe de sang noir) dans deux de nos observations, nous encourage à partager l'avis de STAMER.

5° - Le problème des ménopauses précoces

Il a été rapporté en 1957, par NETTER et MUSSET qui présentaient quatre cas de ménopauses précoces s'installant deux à dix huit mois après un curettage responsable de synéchie.

Nous même, avons deux cas dans lesquels il n'y avait pas d'antécédents familiaux de ménopauses précoces (l'âge de nos malades était de 37 et 39 ans).

NETTER fait le rapprochement entre la thèse d'inhibition réflexe d'ASHERMAN et les ménopauses précoces, rattachant ces observations à un traumatisme des terminaisons nerveuses endométriales et sous endométriales.

"L'influx pathologique" détermine-t'il une ischémie de l'artère utérine, s'étendant à l'ovaire, ou déclenche-t'il, par voie nerveuse, des lésions trophiques ovariennes? Les physiologistes n'ont pas encore tranché sur cette question.

6° - L'adénomyose utérine

MUSSET reconnaît que "la production des endométrioses est considérablement facilitée par l'existence d'adhérences intra-utérines de quelque nature que soient celles-ci: traumatique, tuberculeuse ou cicatricielle" (13).

COUNSELLER, parmi les antécédents de femmes porteuses d'endométriose, retrouvait, dans 12,7 % des cas, une dilatation du col, un curettage ou une intervention périnéale (45).

L'association d'une endométriose génitale avec les synéchies utérines peut être imputée à la curette, greffant des cellules de surface en profondeur, comme le concevait SAMPSON dans sa théorie des endométrioses de cicatrices, selon laquelle des foyers ectopiques d'endomètre se propagent le long des fils de suture, ces fils servant de support (58).

De même peut-on incriminer les remaniements de surface, pendant la consolidation des synéchies, qui refouleraient en profondeur des îlots endométriaux, comme le soutenait CULLEN, dans la théorie diverticulaire, selon laquelle l'endomètre se propage de proche en proche à partir de sa couche basale.

L'endométriose pelvienne semble, quant à elle, obéir à la théorie de l'implantation: VARANGOT admettait que "lorsque existent hématométrie et hémato-salpinx par atrésie cervicale, il est extrêmement fréquent de constater une endométriose pelvienne manifestement due à la régurgitation du sang par les trompes" (58).

A N A T O M I E P A T H O L O G I Q U E

1° - Macroscopie

Il est admis aujourd'hui de répartir les S.U. en trois groupes, selon la classification de MUSSET:

- synéchies cervico-isthmiques
- synéchies corporéales
- synéchies totales.

En amont d'une synéchie cervico-isthmique, la cavité utérine peut être le siège d'une hématométrie, authentifiée par le recueil d'une ou deux cuillérées de sang noirâtre, après un forage par exemple.

Les synéchies totales étant toujours destinées à une cure par hystérotomie, l'ouverture de l'utérus montre que, en fait, il persiste soit un petit défilé borgne, soit un chapelet de microcavités.

C'est la variété corporéale des S.U. qui est, selon MUSSET, la plus fréquemment rencontrée. Il donne, en effet, les statistiques suivantes (sur 123 cas):

- synéchies cervico-isthmiques: 20 % des cas,
- synéchies corporéales: 70 % des cas,
- synéchies totales : 10 % des cas.

SALA donne respectivement: 13,7 %, 80 %, 6,3 % (12).

Notre statistique est sensiblement différente de ces chiffres (dans notre travail, nous totalisons respectivement 42,5 %, 50 % et 7,5 %), mais elle est faite sur 40 cas seulement.

NETTER a insisté sur le fait que l'utérus est mou par rapport à la synéchie constituée, ce qui explique le risque de perforations lors de la cure chirurgicale (13).

2° - Microscopie

A - *Au niveau de la synéchie*

MUSSET et ses collaborateurs ont insisté sur l'importance de l'ancienneté des lésions, lesquelles deviennent de plus en plus résistantes en évoluant dans le temps.

Initialement, aux endroits cruentés par la curette, va proliférer une muqueuse de remplacement, et les soudures interpariétales n'intéresseront, au début, que l'endomètre; ces attaches sont alors encore lâches, facilement dissociables.

Les zones de soudure seront bientôt envahies de travées conjonctives qui vont renforcer la coalescence, laquelle, après un an d'âge, sera devenue musculaire (participation du myomètre).

B - *L'endomètre*

On distingue des plages où l'endomètre demeure normal et fonctionnel, d'autres où il a subi une double métaplasie: épithélium pavimenteux ou à cellules cylindriques ciliées (13).

Le stroma est dense, inflammatoire, collabant les tubes glandulaires; en profondeur, on peut retrouver, sur des coupes histologiques, des images d'adénomyose utérine, témoignant que des îlots d'endomètre ont été enfouis pendant les bouleversements architecturaux induits par la fibrose (59).

E T I O L O G I E

1° - La fréquence

Elle est diversement appréciée, selon les auteurs et les régions.

En Pologne, WANIOREK rapporte 108 cas recueillis sur 6 ans.

Aux Etats-Unis, TOPKINS a recueilli 25 cas en 8 ans, KLEIN: 20 cas en 10 ans.

En France, MUSSET rapporte 123 cas recueillis de 1952 à 1964. Nous-même, avons donc totalisé 40 cas sur 9 années (1967-1975).

Avec LOUROS, on peut admettre que la fréquence des synéchies utérines augmente là où, dans le monde, il y a beaucoup d'avortements provoqués (légaux ou non) (23). Ainsi en est-il en Grèce où les avortements illégaux sont très nombreux.

En outre peut-on faire intervenir l'habileté de l'opérateur lors d'une évacuation utérine.

2° - Les causes

A propos de la genèse des synéchies utérines en général, on pourrait considérer le problème sous trois aspects:

- . Causes congénitales, mais aucun cas n'a été, jusqu'ici, mentionné dans la littérature.
- . Causes infectieuses, d'origine traumatique (avortement septique par exemple) ou non traumatique (tuberculose).
- . Causes traumatiques:
 - curettages (post-partum et post-abortionum)
 - biopsies d'endomètre, explorations endo-utérines,
 - myomectomies,
 - césariennes,
 - électrocoagulations,
 - agressions chimiques.

Il convient tout d'abord de minimiser le rôle que pourrait jouer l'infection. Elle a, certes, un rôle adjuvant, mais, pour la plupart des auteurs, elle n'est pas suffisante pour déclencher le processus adhérentiel. C'est donc le traumatisme qui est à la base de la formation de synéchies utérines.

A - Le curettage

Il peut être réalisé sur utérus gravide (en post partum ou en post abortum) mais aussi sur utérus non gravide (en vue d'une biopsie ou de l'extirpation d'un polype intra-utérin).

La grossesse représente un terrain très favorable; statistiquement, le risque synéchique est trois fois plus élevé en cas de curettage post-partum (où la curette entame un utérus déjà ému de sa muqueuse) qu'en cas de curettage post-abortum (60). Certains considèrent même que le curettage post-partum "a deux chances sur trois de créer une synéchie résiduelle" (38).

Et ERIKSEN a même montré qu'il y a une véritable période vulnérable de l'utérus, puisque les curettages du post-partum, les plus dangereux, sont ceux réalisés dans les 2ème, 3ème et 4ème semaines des suites de couches (18).

B - Les myomectomies

C'est DE OLIVEIRA CAMPOS qui a décrit, en 1956, les possibilités de développement des synéchies après myomectomie. Le geste chirurgical, en même temps que l'extirpation du myome, fait celle de la muqueuse utérine; par le même mécanisme que celui du curettage, il y a alors formation de synéchies par accollement de deux surfaces musculaires mises à nu.

C - Les césariennes

En pratiquant des hystérographies systématiques chez des femmes ayant accouché avec césarienne, POLISHUK n'a retrouvé des complications adhérentielles que deux fois sur 171 contrôles (43).

THOULON, sur 52 contrôles, rapporte 1 seul cas où il y avait absence d'injection du canal cervical (attribué par l'auteur à un spasme de l'isthme), et 6 cas où il reconnut des images de soustraction (aspect d'encoche, ou d'invagination) représentant une cicatrice très saillante, en forme de bourrelet (54).

On ne peut d'ailleurs pas conclure qu'une telle cicatrice saillante soit responsable d'une synéchie; nous en voulons pour preuve le compte-rendu de la cure de synéchie de notre observation n° 37 (l'HSG révélant une synéchie isthmique située à 2 cm au-dessus de l'encoche cicatricielle d'une césarienne). L'opérateur, "avant d'effondrer la synéchie, a ressenti un petit ressaut plus bas situé, à 2,5 cm de l'orifice du col", correspondant à un bourrelet cicatriciel n'étant pas en cause dans le processus adhérentiel sus-jacent (lequel fut imputé à deux curettages pour fausses couches).

On peut néanmoins remarquer que la césarienne, si elle paraît rarement mise en cause dans la formation des S.U., regroupe pourtant les trois grands facteurs

favorisant justement la constitution de S.U.:

- le post-partum,
- le traumatisme (incision et suture)
- l'infection (l'endométrite est souvent retrouvée dans les suites immédiates de l'intervention, 16 % des cas selon POLISHUK).

D - Agressions chimiques et électrocoagulations

En 1957, MUSSET rédigeait un article au sujet des synéchies utérines secondaires aux agressions chimiques, article qui a aujourd'hui un intérêt plutôt historique que d'actualité, car l'utilisation des caustiques a été abandonnée.

Ces caustiques (tels le permanganate de potassium, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent) provoquaient de nombreuses escarifications, dont la cicatrisation par un tissu fibro-conjonctif réalisait des plicatures, des nouures de l'utérus, qui prenait même parfois une consistance pierreuse...

Par contre, les accidents relatifs à la diathermo-coagulation ont été nombreux pendant l'après guerre (entre 1945 et 1950) quand les électrocoagulations étaient destinées autant à l'endocol qu'à l'exocol; ainsi agressé, l'endocol était remanié par un tissu rétractile symphysant complètement la zone cervico-isthmique. Il est, depuis, convenu de limiter les indications de cette thérapeutique aux seules exo-cervicites.

A P P R O C H E D I A G N O S T I Q U E

1° - Signes d'appel

Deux sortes de troubles, nous l'avons vu, amènent les malades à nous consulter: les troubles des règles et ceux de la fonction de reproduction (qui font l'objet du chapitre suivant).

Les anomalies menstruelles consistent essentiellement en un déficit plus ou moins marqué, auquel peut être associé un syndrome douloureux.

A - *L'hypoménorrhée et l'aménorrhée*

Le déficit menstruel a, dans notre travail, motivé 50 % des consultations.

MUSSET, en 1957, avait noté que, dans 98 % des cas "les femmes soigneusement interrogées n'avaient jamais manqué de lui affirmer qu'elles avaient relevé une diminution plus ou moins importante, mais cependant toujours nette, de l'abondance des règles".

ASHERMAN, quant à lui, estime que dans 20 % seulement des cas il y a une insuffisance menstruelle, et TOPKINS (56) est en accord avec lui.

Il y a donc là divergence d'opinions, ASHERMAN étayant d'ailleurs sa statistique avec les propos suivants: "les adhérences dans le corps de l'utérus ne donnent aucun symptôme clinique, tandis que les adhérences dans la région du col de l'utérus provoquent des désordres extrêmement nets. On peut les comparer aux cicatrices sans importance clinique que l'on trouve sur la peau mais qui, si elles se trouvaient sur la cornée, provoqueraient la cécité".

Pourquoi, alors, des chiffres aussi contradictoires d'un auteur à l'autre?

ASHERMAN l'explique par la différence qu'il y a de rechercher les synéchies utérines dans les cas d'insuffisance menstruelle, ou dans le cadre des stérilités ou des avortements répétés.

B - *Règles douloureuses et pelvialgies*

Au déficit menstruel s'ajoutent des douleurs à type de coliques pelviennes, de lombalgies, de dyspareunie.

Nombreuses sont les femmes qui reconnaissent souffrir des manifestations du

CAUSES DES TRAUMA.		NOMBRE DE CAS	A.II	HYPOM.	DYSM.	PELVI ALGIES	STERIL.	R.A.S.
AVORTEMENTS LEGAUX		48	16	15	6	13	12	10
CURETTAGES	P. ABORTUM	22	1	7	4	7	9	
	P. PARTUM	18	10	5	1	8	9	1
CESARIENNES		15		3	3		1	9
CURETTAGES BIOPSIQUES		2	1	1		2	1	
MYOMECTOMIES		1		1				
HYSTEROPLASTIES		1		1				

Tableau n° 6

WANIOREK : ETUDE ETIOLOGIQUE
 ET TROUBLES FONCTIONNELS
 A PROPOS DE 107 CAS RECUEILLIS
 DE 1961 à 1966.

molimen catamédial. Si les dysménorrhées sont imputables aux troubles de l'évacuation utérine (et notamment à l'hématométrie), on peut aussi en rendre responsables les îlots d'adénomyose évoqués dans le chapitre de physio-pathologie.

2° - Diagnostic positif

En présence d'une femme nous ayant consulté pour des troubles des règles ou de la reproduction, et nous ayant informé de ses antécédents, nous avons en main les atouts pour évoquer un diagnostic qui sera en grande partie assuré par la radiologie.

L'hystérographie va, en effet, confirmer le diagnostic évoqué cliniquement, préciser l'aspect anatomique des synéchies et leur retentissement en amont, vers les trompes.

A - *Images radiologiques*

a - Les synéchies apparaissent comme des images de soustraction sur la silhouette de la cavité utérine, des lacunes

- de tonalité homogène,
- aux contours irréguliers, mais les bords sont toujours nets,
- de forme et de siège variables: amputation au niveau du col, de l'isthme, d'une corne, affectant la forme d'un coeur, d'un losange, d'un trèfle...
- constantes sur tous les clichés, conservant la même apparence quelle que soit la pression du liquide de contraste.

b - Elles peuvent se révéler comme une atrésie utérine; la cavité est rétrécie, déformée: festonnage, coudure, déviation axiale.

Ces images d'amputation et de déformation de la cavité peuvent se combiner en cas de synéchies étendues, notamment quand elles sont anciennes, remaniées par la fibrose.

c - Il peut arriver qu'il y ait absence d'injection de la cavité utérine: image en doigt de gant, défilé borgne: c'est le cas d'une oblitération isthmique totale, et l'on ne peut pas préjuger de l'état de la cavité sus-jacente.

Il faut pratiquer un forage, puis une nouvelle hystérographie, qui pourra rassurer ou non quant à l'intégrité de la cavité.

d - Le passage intra-péritonéal est parfois rapide (il y a, bien sûr, conservation de la perméabilité tubaire) mais fréquemment la synéchie gêne le passage du liquide, au moins d'un côté. La rapidité de l'imprégnation péritonéale est due à la diminution du volume utérin.

A cause de la minceur du tapissage endométrial, la pression du liquide de

contraste peut provoquer une veinographie, voire une injection des canaux lymphatiques, contrariant alors la lecture des clichés.

B - *Interprétation des clichés*

L'image radiologique peut être discrète, ou bien caractéristique mais coexister avec les images d'une autre affection de l'utérus.

Il y a quelques pièges à éviter, et des images lacunaires trompeuses (5, 57):

- bulles d'air (qui changent de position avec celle de la patiente),
- polypes muqueux intra-cavitaires, fibrome sous-muqueux; leurs silhouettes deviennent de plus en plus floues au fur et à mesure que la quantité de liquide injecté augmente,
- hyperplasie de l'endomètre, sous forme de lacunes polycycliques de tonalité variable d'un cliché à l'autre,
- cloisonnement utérin, donnant l'image d'une encoche fixe sur tous les clichés,
- spasme irréductible de l'utérus.

C - *Conclusion*

L'apport de l'hystérographie a grandement contribué à assurer le dépistage et le diagnostic des synéchies utérines.

Si les images s'avèrent peu évocatrices, alors la recherche soigneuse d'antécédents traumatiques, la lecture de courbes thermiques, voire même les dosages hormonaux (gonadotrophines urinaires, 17 céto-stéroïdes) devront écarter les derniers doutes, mais l'on aura avant tout pris soin d'éliminer la tuberculose. D'ailleurs, dans le bilan d'entrée des malades, il faut inclure la recherche d'une tuberculose évolutive (cuti, température, VS, radiographie pulmonaire) qui est une contre-indication formelle à l'hystérographie.

Quant à la constatation de la seule aménorrhée secondaire, elle exige une démarche diagnostique prudente: KAISER, sur 500 cas d'aménorrhées non gravidiques, a rattaché seulement 5 % de ces cas à une synéchie utérine (20).

LA FONCTION DE REPRODUCTION

DEPOORTER : "La porteuse de synéchies n'a qu'une chance sur deux de devenir enceinte. Si elle devient enceinte, elle risque une fois sur deux un avortement, et au cas où sa grossesse évolue au delà des premiers mois, cette femme n'a qu'une chance sur deux d'accoucher à terme".

FORSSMAN, guère moins pessimiste, estime "qu'une grossesse chez une femme porteuse de synéchies, est vouée à la fausse couche dans 33 % des cas, à une prématurité dans 33 % des cas, à une G E U ou à une délivrance perturbée dans 33 % des cas".

L'appareil génital atteint de synéchies utérines a, en effet, une fonction de reproduction sinon compromise, du moins bien perturbée.

Le retentissement de la synéchie dépend certes de la localisation, de l'étendue des adhérences, du traumatisme déclenchant, mais les chiffres sont là pour prouver que le pronostic est sombre quant à la possibilité ou au devenir d'une gestation sur utérus synéchié.

I - STERILITE

MUSSET avait calculé, sur deux échantillonnages étudiés à près de dix ans d'intervalle, que 50 à 58 % des femmes porteuses de synéchies utérines étaient stériles (13 et 32).

Nous même, avons recensé 15 % de nos patientes venues pour leur stérilité. Mais ce chiffre, comme nous l'avons précisé antérieurement, est sujet à des fluctuations puisque certaines femmes stériles peuvent avant tout consulter pour une aménorrhée.

Parmi les six cas de stérilité de notre étude, il y avait quatre cas de synéchies corporéales, et deux cas de synéchies cervico-isthmiques partielles.

On conçoit le rôle mécanique des synéchies dans l'infertilité: entrave à la progression des spermatozoïdes dans la variété cervico-isthmique, endomètre remanié et impropre à la nidation du blastocyte dans la variété corporéale.

Mais, avec MUSSET, ajoutons le rôle péjoratif joué par l'infection traînante, par une glaire cervicale mal secrétée, et rappelons ici sa fameuse observation, faite sur un utérus bicorne unicervical qui lui avait permis d'étayer sa thèse d'inhibition réflexe dans la stérilité: en réséquant la corne utérine symphysée, il avait levé l'inhibition supportée par la corne saine (13).

II - DEVENIR DE LA GROSSESSE

Elle est exposée aux risques de:

- la fausse couche spontanée
- la prématurité, l'accouchement dystocique,
- les accidents de la délivrance.

Les statistiques sont, là encore, très divergentes:

MUSSET a obtenu 7 accouchements à terme pour 59 grossesses, soit 11,8 %.

DEPOORTER et WALLACH ont obtenu un score de 20 % de grossesses menées à terme (33 et 59).

Dans ce travail, nous présentons dans l'observ. n° 18 un cas de grossesse avec accouchement à terme.

1° - La fausse couche spontanée

Si l'exiguité de la cavité utérine n'a pas empêché le début du développement de l'oeuf, ce dernier pourra être privé de son ravitaillement normal à cause d'un placenta malade, parce qu'installé sur un terrain remanié par la fibrose et les infiltrats inflammatoires.

Dans le mécanisme de l'avortement ont été évoqués les problèmes de la vascularisation de l'oeuf, et la capacité cavitaire insuffisante d'un utérus mal extensible et siège d'une infection chronique.

Certains auteurs estiment que les synéchies corporéales sont celles qui sont en majorité responsables de fausses couches spontanées, alors que les synéchies cervico-isthmiques autorisent le développement de la grossesse (9).

Dans l'observation n° 10, nous présentons le cas d'une femme, curettée pour polypes en janvier 1964, qui expulsa un fœtus au deuxième mois de la grossesse en août 1969; sa fausse couche l'amena à nous consulter: l'hystérogaphie révéla une synéchie partielle du fond de l'utérus, ancienne (5 ans).

Il faut donc répéter les tests de vitalité de l'oeuf pour juger de son développement dans un utérus inhospitalier.

2° - Les accidents de la délivrance

L'endomètre qui tapisse une cavité utérine synéchiée présente des plages saines, et d'autres où les glandes sont collabées, étouffées par un stroma très dense.

Installé sur un sol aussi remanié, le placenta va en supporter les conséquences: insertion vicieuse, d'où placenta praevia, et placenta accreta; ce dernier va

compliquer la délivrance.

L'adénomyose utérine, fréquemment associée aux remaniements de la muqueuse (et probablement due à la curette qui colonise en profondeur des îlots de myomètre quand elle entaille le myomètre), va constituer des points d'appel à un ancrage profond des villosités chorales.

Ces "villosités" s'insinuent aussi dans les mailles de la synéchie.

Cela n'arrange d'ailleurs pas l'état anatomique de l'utérus; MAIRE et BURNOD signalent des signes d'hétéroplasie osseuse sur une biopsie pratiquée six mois après un accouchement avec placenta accreta (26).

III - ROLE DE LA GROSSESSE SUR LES SYNECHIES

MUSSET estime que la grossesse ne libère pas les synéchies, lesquelles évolueraient même si la délivrance a été difficile.

Nous présentons, dans l'observation n° 18, le cas d'une femme de 38 ans, sans enfants, qui avait subi deux curettages pour fausses couches (non datés).

Elle nous consulta en janvier 1972 pour des lombalgies et des retards de règles.

L'hystérogaphie révéla "une image de synéchies multiples de la cavité utérine avec sténose du col"; l'injection lymphatique fit renoncer à visualiser les trompes.

Cette femme fut enceinte deux mois plus tard et, en été, la grossesse se développant normalement, il fut convenu avec le Pr THOULON qu'il réaliserait, à terme, une césarienne prophylactique à cause des synéchies et de la dystocie organique du col (et, en fait, la tête était encore mobile à quelques jours du terme).

Le 6 décembre 1972, hystérotomie et extraction facile de l'enfant, occiput en avant.

Délivrance facile. La révision utérine ne révéla aucune trace de synéchie, et le placenta n'était pas anormalement adhérent.

On peut donc avancer, devant cette observation, l'argument mécanique (dilatation de l'utérus et rupture des fibres de la synéchie), mais aussi l'argument biochimique; imbibition hormonale per-gravidique.

Précisons que cette femme n'a pas eu d'hystérogaphie de contrôle après cet accouchement, ce qui nous empêche de savoir si la synéchie évolue ou non.

T R A I T E M E N T

I - LES INDICATIONS

1° - Les signes fonctionnels

A - *Troubles des règles*

- a) Aménorrhée secondaire.
- b) Hypoménorrhée insensible au traitement médical.
- c) Dysménorrhée incoercible, associée à des métrorragies, à un syndrome intermenstruel: il y a alors adénomyose, conséquence de la synéchie ou du curettage, voire même des deux.

B - *Infécondité*

- a) Stérilité secondaire (les synéchies cervico-isthmiques en sont très souvent responsables).
- b) Avortements à répétition.
- c) Mort du fœtus in utéro.
- d) Accouchement prématuré: à ce sujet, notons que les symphyses corporéales autorisent une grossesse, mais exposent à l'accouchement prématuré ou à la mort foetale in utéro (11, 13).

2° - Solidité des adhérences

A - *Appréciation selon les circonstances du traumatisme*

Le curettage du post-partum, nous l'avons déjà évoqué, apparaît comme très dangereux, car il est pourvoyeur d'adhérences étendues, solides, compactes.

Le curettage du post-abortum est moins redoutable (sauf s'il est répété); à âge égal, les synéchies secondaires à des curettages du post-partum sont bien plus solides et organisées que celles du curettage post-abortum.

Le curettage sur utérus non gravide donne des synéchies parcellaires, souvent

isthmiques, peu profondes, faciles à lever.

L'évacuation d'un oeuf mort est grevée, quant à elle, de complications adhérentielles sévères. ASHERMAN recommande de l'évacuer par une petite césarienne (13).

B - *Appréciation selon l'ancienneté du traumatisme*

Les synéchies récentes sont muqueuses, cédant à l'hystérogaphie ou à la dilatation.

Les synéchies plus anciennes deviennent fibreuses, scléreuses, puis fibromusculaires, avec fusion intime des deux faces.

3° - Bilan des lésions accompagnatrices

L'adénomyose est fréquente.

La béance de l'isthme.

Les malformations utérines, notamment le cloisonnement corporéal.

Les lésions annexielles associées, surtout les cas d'hématosalpinx.

II - METHODES THERAPEUTIQUES

1° - Section des adhérences

A - *Méthodes aveugles*

a) Dilatations simples

Par voie vaginale, on introduit par le col utérin des bougies de calibres progressivement croissants, pour effondrer les adhérences par des mouvements de divulsions doux. L'opérateur ressent, tactilement, claquer les cordages de la synéchie.

Cette opération se fait à l'aide des bougies de HEGAR ou de la sonde de DALSACE.

Elle a pour inconvénient de provoquer une béance isthmique secondaire, même en n'utilisant pas les bougies au delà du numéro 11 (ou les sondes de DALSACE au delà du numéro 6). PALMER propose d'ailleurs de cercler, au moindre doute, une éventuelle grossesse à la 14ème semaine de son évolution

sur utérus ayant subi une dilatation du col (36).

En outre, les dilatations exposent au risque d'une perforation pariétale, d'autant plus que la zone cicatricielle est tactilement plus dure et plus résistante que le myomètre avoisinant.

MUSSET recommande cette méthode pour les synéchies récentes, du post-abortum, et de variété cervico-isthmique.

Notons enfin que SERMENT, RUF et ZAPHORDS préféraient, en 1962, les lamineuses aux instruments métalliques, écartant certes le risque de béance isthmique séquellaire, mais s'exposant par contre à celui d'une infection (29).

b) Section aux ciseaux courbes

c) Section à la pince de DOUAY

d) Section au ténotome de SERVELLE, instrument actuellement très utilisé: tranchant d'un seul côté, il permet, de son côté mousse, de longer la paroi et de repérer le fond utérin, puis demorceller les synéchies par son côté tranchant. Il présente l'avantage d'être facilement introduisible dans un utérus au col peu dilaté.

B - METHODES SOUS CONTROLE DE LA VUE

a) L'hystérotomie

- . STRASSMAN, en 1930, abaissait une trompe de FALLOPE jusqu'au col utérin pour remplacer l'endomètre disparu. Cette méthode a été abandonnée.
- . MUSSET avait décrit, après ASHERMAN (qui préconisait la symphysiolyse aux ciseaux ou aux doigts après hystérotomie fundique), un procédé à double équipe, en 1957: la libération des adhérences intra-utérines amorcée par voie basse par une équipe périnéale était complétée aux ciseaux par l'équipe abdominale. Mais l'auteur a abandonné cette méthode d'hystérotomie pour adopter celle de l'empaumage de l'utérus (voir ci-dessous) parce qu'il était "important d'éviter aux patientes le risque ultérieur de rupture cicatricielle qu'apporte, en cas de gravidité, toute hystérotomie".
- . L'hystéroplastie, défendue par BRET et LEGROS (8), consiste en la création d'une néo-cavité utérine par excavation du myomètre, et en essayant de sauvegarder un maximum d'endomètre. Cette technique opératoire est à réserver aux variétés de synéchies corporeales totales, surtout si elles sont anciennes.

b) Laparotomie et empaumage de l'utérus (MUSSET)

"Lors du forage de l'utérus par les voies naturelles, la progression de la

bougie est dirigée avec une extrême sécurité dans le sens et la force désirables. Les bougies relativement fines permettent facilement de rompre toutes les adhérences qui transmettent aux deux mains de l'opérateur une perception tactile très nette" (13).

c) Hystéroscopie combinée à la coelioscopie

LEVINE et NEUWIRTH (24) ont récemment proposé cette méthode qui a l'avantage de:

- visualiser directement les lésions, les authentifier; la laparoscopie, quant à elle, rassurant sur l'état des trompes;
- orienter et "programmer" exactement la cure des synéchies.

Néanmoins, le saignement gêne beaucoup la vision lors d'une hystéroscopie.

C - *Coelioscopie et hystérogographie per-opératoire*

MUSSET estime que c'est actuellement un complément sûr à la chirurgie, car visualiser les lésions évite d'avoir recours à l'hystérotomie. Il propose donc la conduite à tenir que voici:

- . dilatation avec des bougies souples
- . utilisation du ténotome
- . HSG per-opératoire de contrôle
- . éventuelle retouche.

2° - Interposition de matériel

Une fois assurée la libération des synéchies, il faut maintenir écartées les parois utérines pour éviter la récurrence cicatricielle.

De nombreux appareillages ont été successivement proposés depuis une trentaine d'années; en voici une présentation brève, dans laquelle nous avons essayé de respecter l'ordre chronologique de la création de chacun des procédés:

- 1) Méchage de la cavité utérine avec de la gaze vaselinée.
- 2) Lame de caoutchouc laissée en place 5 à 6 jours.
- 3) Sonde-ballon prostatique, avec ballonnet gonflable qui induit une forte pression sur les parois utérines, contrariant la régénération de l'endomètre: ANDREOLI a pensé éviter cet inconvénient en gonflant le ballon quelques heures par jour seulement (1).

Cette sonde a surtout le gros inconvénient de ne pas être adaptée à la forme conique de la cavité utérine.

- 4) Drain métallique de MOUCHOTTE, rigide, qui a l'inconvénient de créer une béance isthmique permanente, alors qu'il n'empêche pas la reconstitution d'accolements latéraux des cornes.
- 5) Anneau de Dacron, qui expose au risque de voir récidiver une adhésion à travers le centre de l'anneau. POLISHUK en est pourtant un défenseur (41).
- 6) Boucle de LIPPES, spirale de MARGULIES sont là des stérilets avec lesquels il peut y avoir récurrence de synéchies. LOUROS (23) et MANESCHI (27) les utilisent.
- 7) Le "duck's foot" de MASSOURAS semble, lui, efficace et sûr, parce que de forme triangulaire (au besoin adaptable après hystérométrie), épousant intimement les contours de la cavité utérine (28).
- 8) La sonde de MUSSET est bien tolérée, pouvant être laissée en place pendant trois semaines sans inconvénient: son ballonnet conique (la base s'appliquant sur le fond utérin) a été dessiné par EYNARD.

3° - Le choix de la méthode

A - *Synéchies cervico-isthmiques*

MUSSET estime que suffisent la dilatation, par la sonde de DALSACE, puis la mise en place de la sonde à ballonnet conique. Mais il insiste sur l'importance de l'HSG de contrôle "qui permet seule de juger de la qualité du résultat".

" Le rétablissement de la menstruation, assuré par une simple biopsie de l'endomètre, ou même une seule HSG, ne permet nullement d'augurer de l'état anatomique réel, ni encore d'affirmer la guérison en l'absence de preuve radiologique".

Enfin, un éventuel hématosalpinx exige une laparotomie pour salpingectomie ou annexectomie.

B - *Synéchies corporéales et totales*

- a) Formes récentes (moins de 12 mois), peu étendues, consécutives à un curettage post-partum.

On adopte la voie canalaire, avec ou sans contrôle par empaumage du corps utérin.

L'hystéroscopie sera précieuse pour juger de l'architecture des synéchies corporéales centrales.

- b) Formes anciennes (plus de 12 mois), résistantes, consécutives à un curettage post-partum, associées à des lésions des trompes.

On est contraint d'adopter la méthode abdomino-vaginale à double équipe:

dans un premier temps, il convient de traiter les lésions tubaires; puis l'on empaume l'utérus et on libère la cavité par voie canalaire.

Si le cliché de contrôle révèle une synéchie résiduelle ou persistante, il faut alors dilater et pratiquer un forage, avec mise en place d'un stérilet pour deux semaines.

c) Grossesse après cure de synéchie

MUSSET recommande le repos, un cerclage du col et la pratique régulière des tests de surveillance de la vitalité ovulaire. L'hormonothérapie, quant à lui, "favorise le développement de la fibre utérine plutôt que pallie à une insuffisance placentaire".

Cette hormonothérapie est d'ailleurs instaurée dès que la grossesse a démarré: gonadotrophines chorioniques, oestrogénothérapie et progestérone.

4° - Les soins post-opératoires

Il est admis partout dans la littérature de débiter, au sortir de l'intervention chirurgicale, oestrogénothérapie et antibiothérapie de couverture pour aider l'endomètre à se régénérer et pour prévenir toute infection.

On peut prescrire uniquement des oestrogènes (associés ou non à la progestérone en fin de cycle) sur deux à trois cycles. Ou, aussi, les oestroprogestatifs.

Des instillations d'hydrocortisone, en même temps que celles d'antibiotiques, sont un excellent complément en post-opératoire précoce (38).

KLEIN utilise dexaméthasone et prométhazine en I.M. en cocktail prévenant, selon lui, les récidives et l'infection (21).

DAGASSO propose le TRASYLOL, produit antiphlogistique et anteadhérentiel, inhibiteur des protéinases par instillations intra-utérines pendant 7 jours (12).

Certains auteurs accordent en outre une grosse importance à l'aspect mécanique des soins post-opératoires:

SERMENT préconisait, en 1962, l'utilisation d'une petite laminaire pendant une semaine, à raison de 4 poses successives de 12 heures, puis d'une pose quotidienne de 12 heures les jours suivants, cependant qu'il assurait une antibiothérapie de couverture (49).

MUSSET recommande des dilatations itératives dès l'apparition des premières règles, pendant 3 à 6 mois (29).

III - RESULTATS

1° - Au point de vue fonctionnel

Les plus récentes publications sont, à ce sujet, encourageantes et concordent avec les opinions généralement admises, le traitement chirurgical améliorant ou rétablissant la menstruation.

Le tableau n° 10 rend compte des taux de succès, lesquels s'échelonnent de 50 % à 90 % (mais, dans leurs rapports, certains auteurs confondent en un seul résultat amélioration et rétablissement intégral des règles, considérant comme échec les seules aménorrhées persistantes; c'est ce qui explique les fluctuations dans ces chiffres).

Nous même avons noté 20 cas sur 33 (soit 60 %) où les règles ont été parfaitement rétablies.

2° - Au point de vue anatomique

Les tableaux n° 7 et n° 8 prouvent que la cure de synéchies restaure bien la cavité utérine, surtout si le choix de la méthode thérapeutique s'avère judicieux.

WANIOREK (tableau n° 8) a montré que l'ancienneté a une importance fondamentale pour le résultat anatomique d'un traitement; cette statistique lui a servi d'argument pour faire des synéchies "anciennes" (de plus de 1 an d'âge) une indication du traitement par voie abdominale.

Le tableau n° 7 montre une intéressante progression des résultats favorables entre 1957 et 1971, MUSSET et ses collaborateurs ayant passé de 71 % à 94 % de bons résultats radiologiques: il y a 20 ans, d'ailleurs, il était considéré comme "difficile d'obtenir dans le traitement des synéchies un résultat morphologique complet, à l'encontre de celui sur la menstruation acquis presque à tout coup" (RAVINA).

Dans notre travail, la proportion de bons résultats radiologiques, sur 23 clichés de contrôle, a été de 82 %.

3° - Au point de vue obstétrical

En 1957, MUSSET était quelque peu amère quant à l'avenir obstétrical des malades opérées pour synéchies utérines: "Les résultats n'ont guère récompensé nos efforts ... / ... Il en résulte pour nous une certaine lassitude qui nous pousse, à l'heure actuelle, à déconseiller toute thérapeutique active aux femmes qui ne souhaitent pas sincèrement de nouvelles grossesses, ou qui ne présentent pas de troubles cycliques véritablement pénibles".

Aujourd'hui, les progrès dans le domaine de la thérapeutique autorisent à plus

d'optimisme: lors des cinq dernières années écoulées (1971 à 1975), MUSSET a revu 95 des 154 femmes opérées pour synéchies utérines; il y a eu 25 grossesses dont:

- 17 menées à terme
- 5 FC
- 3 interruptions volontaires.

Quant au bénéfice du traitement, il n'apparaît guère rentable à première vue en ce qui concerne les accidents de la délivrance, qui demeurent aussi préoccupants qu'il y ait ou non traitement chirurgical. Mais celui-ci a au moins l'avantage de diminuer la fréquence d'accouchements dystociques.

Il n'en demeure pas moins que, par rapport au nombre de cas de synéchies utérines rapportés dans la littérature, le taux de succès des grossesses (à savoir, celles qui sont menées jusqu'au terme, sans tenir compte des éventuelles complications de la délivrance) demeure stagnant d'une décennie à l'autre.

Nous constatons, sur les tableaux n° 9 et n° 10, que ce taux ne dépasse pas 36 % (KLEIN, 1973), la majorité des auteurs obtenant 12 à 22 % de succès.

Peut-être sera-t'il difficile de majorer ces chiffres, mais l'intérêt des recherches thérapeutiques (indications opératoires, soins post-opératoires, surveillance à court terme et à long terme) n'est-il pas d'assurer à chaque grossesse un déroulement le meilleur possible, plutôt que de rechercher à améliorer le nombre de grossesses par rapport au total des cas de synéchies utérines?

Parmi les 9 grossesses menées à terme, dans notre travail, aucun accouchement n'a été contrarié par une éventuelle complication de la délivrance, et c'est sans doute cet aspect qualitatif du problème qu'il convient d'apprécier, plutôt que l'aspect quantitatif.

PERIODE	NOMBRE TOTAL DE CAS	NOMBRE DES CAS OPERES REVUS	BONS RESULTATS	PERSISTANCE D'ADHERENCES	REPRISE	BONS RESULTATS
1955-57	50	35	25	10		
1958-64	73	32	24	8	6	5
1965-67	35	31	25	6	4	3
1967-71	72	68	64	4	2	1
17 années	230	166	138	28	12	9

Tableau n° 7

MUSSET : PERIODE 1955 à 1971

RESULTATS ANATOMIQUES

SYNECHIES	NOMBRE DE CAS	REGLES RETABLIES	NOMBRE D'HSG DE CONTROLE	NOMBRE DE BONS RESULTATS
RECENTES	23	23	12	12
ANCIENNES	28	20	17	5

Tableau n° 8

WANIOREK : RESULTATS FONCTIONNELS

ET ANATOMIQUES APRES TRAITEMENTS
PAR VOIE BASSE

AUTEURS	ANNEE	TRAITEMENT	NOMBRE GROSSESSES	FAUSSES COUCHES	ACC. PREMATURES	ACC. A TERME	ENFANTS VIVANTS	PLACENTA ACRETA	PLACENTA PRAEVIA	GROSSESSES EN COURS	AVORTEMENTS LEGAUX
ASHERMAN	1948		10	5	1	1	2			3	
	1957	MEDICAL	33	6	4	21	23			2	
KAESTEL	1960	VOIE BASSE	7	2	3	2	4	2	1		
PENA	1961	VOIE BASSE	62	19		19				16	8
PALMER	1966	VOIE BASSE	19	5	5	9	14				
TOAFF	1963	VOIE BASSE	24	4	1	15	15	1		4	
MUSSET	1957		30	19	10	1	2	6	2		
	1965	VOIE BASSE	26	8	7	9	14	6		2	
		NON TRAI-TEES	29	15	8	6	11	8			
WANIOREK	1966	VOIE BASSE	20		3	4	6	3		4	9
		NON TRAI-TEES	14	3	1	4	3		1		6

Tableau n° 9

AUTEURS	ANNEE	NOMBRE DE CAS	REGLES RESTAUREES	GROSSESSES		% DE SUCCES DES GROSSESSES
				TOTAL	A TERME	
COMNINOS-ZOURLAS	1969	12	6	2	1	8 %
DMOWSKI-GREENBLATT	1969	6	3	1	1	17 %
JENSEN-STROMME	1972	17	13	5	2	12 %
PENA-WOOD	1964	9	5	4	2	22 %
KLEIN	1973	11	10	6	4	36 %
WANIOREK	1967	51	43	20	4	8 %
MUSSET	1965	42		26	9	21 %
NOUS-MEME	1975	39		19	9	23 %

Tableau n° 10

P R O P H Y L A X I E

Les synéchies utérines étant consécutives à des manoeuvres instrumentales intra-utérines dans la grande majorité des cas, la prophylaxie sera donc de rechercher des techniques les moins traumatisantes possible, mais aussi de préciser les indications et contre-indications des évacuations utérines.

Ainsi:

- le curettage chez une femme gravide obéira-t'il à des règles strictes;
- le curettage devra-t'il être proscrit dans les suites de couches;
- l'aspiration endo-utérine représente-t'elle une réelle sécurité dans la prévention des synéchies utérines après avortement légal.

Réexaminons brièvement ces trois propositions :

1°) Un curettage sera réalisé:

- après dilatation progressive du col,
- par une curette mousse, non fenêtrée et volumineuse (son innocuité étant proportionnelle à sa grosseur),
- sans rechercher le "cri utérin" et en évitant au maximum de racler la zone cervicale et les cornes. En quelque sorte, le curettage doit être un "curage instrumental".

2°) RAVINA avait écrit, en 1957, qu'un gynécologue "ne devrait pratiquement jamais faire un curettage dans les suites de couches".

Un tel geste ne sera réservé qu'en cas d'hémorragies très sévères. Il faudra, sinon, lui préférer un curage digital (l'utérus non encore involué est suffisamment spacieux pour admettre deux doigts), les ocytociques, les hormones oestrogéniques.

A la limite est-il admis de réaliser le curettage sous ocytociques, le myomètre étant moins facile à blesser quand l'utérus est tonique.

3°) L'aspiration endo-utérine, utilisable pour les grossesses du premier trimestre (inférieures à douze semaines) est une méthode évacuatrice sûre; MORGENTALER n'a observé aucune synéchie utérine dans les suites d'aspirations endo-utérines; son étude concernait plus de 5.600 cas (27). ZAGO et BAUDET (62) rapportent 2 cas de

synéchies utérines après 500 aspirations.

Dans les mois qui suivent une évacuation utérine, il convient d'assurer une surveillance étroite de la patiente, et de demander une hystérographie au moindre trouble des règles.

Quant aux femmes ayant subi une myomectomie ou une césarienne, elles devraient être soumises à un contrôle radiologique systématique dans les mois qui suivent. Une éventuelle synéchie est alors jeune, fibreuse, facilement clivable.

C O N C L U S I O N S

A partir d'une enquête comprenant 40 cas, nous avons essayé de faire le point au sujet des synéchies utérines post-traumatiques observées à la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Edouard Herriot.

- 1° - Il s'agissait, dans la majorité des cas, de synéchies après curettages sur utérus gravides (pratiqués 31 fois pour un avortement, 4 fois dans le post-partum). Les synéchies ont été deux fois secondaires à une myomectomie, une fois à une césarienne.
 - 2° - Leur localisation anatomique a été reconnue 17 fois dans la région cervico-isthmique, 20 fois dans la région corporéale. 3 fois la synéchie était totale.
 - 3° - Elles ont entraîné des troubles des règles dans 33 cas, des troubles de la reproduction (stérilité avant tout) dans 7 cas. L'aménorrhée a été un signe d'appel une fois sur trois.
 - 4° - Essentiellement chirurgicale, la cure de synéchies a été assurée à l'aveugle dans 28 cas, sous contrôle de la vue dans 7 cas.
- Toutes les synéchies cervico-isthmiques ont été traitées par voie basse. Seules, les synéchies corporéales récentes (moins de 12 mois) ont, elles aussi, bénéficié d'une intervention par voie basse.
- 5° - Les résultats ont été bons aux points de vue fonctionnel et anatomique, sévères sur le plan obstétrical: 15 femmes ont présenté 19 grossesses, ayant donné naissance à 9 enfants vivants; la délivrance n'a jamais été pathologique, mais c'est là un pronostic sombre, qui rejoint les conclusions péjoratives de la littérature.

Le curettage sur utérus gravide est donc pourvoyeur de lésions endo-utérines ayant de graves conséquences sur la menstruation et la fonction de reproduction. Aussi doit-il être prudemment exécuté, tant pour ses indications que par le choix de l'instrument, "une curette, même mousse, est une arme à double tranchant".

Vu le Directeur de l'UER Alexis Carrel
Professeur C. GIROD

Le Président de la Thèse
Professeur Y. ROCHET

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 7 septembre

Le Président de l'Université
Claude Bernard
Professeur D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

1 - ANDREOLI C. -

"Fertilità e Sterilità. PALERMO, Aprile 1971"
Edition PICCIN, PADOVA, 1972.

2 - ASHERMAN J.G. -

Amenorrhea traumatica.
J. Obst. Gynaec. Brit. Emp., 1948, 55, 23.

3 - ASHERMAN J.G. -

Les adhérences intra-utérines.
Bull. Feder. Soc. Gynéc. Obst. franç. , 1952, 4-5, 808.

4 - ASHERMAN J.G. -

Les synéchies utérines.
Rev. franç. Gynec., 1966, 61, 7-8, 542.

5 - ASSUS A. -

La synéchie utérine et son diagnostic hystérogaphique.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1957, 9, 4 bis, 518.

6 - BORELL U., FERNSTROM I., OHLSON L. -

Membrane like structure in the uterine cavity; hystero-graphy study.
Acta Obstr. Gynaec. Scand., 1970, 49, 185.

7 - BRET A.J. et LEGROS R. -

Synéchies utérines et grossesses.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1957, 9, 4 bis, 496.

8 - BRET A.J. et LEGROS R. -

Cure chirurgicale de synéchies utérines post-traumatiques.
Grossesse.
Rev. franç. Gynéc., 1968, 63, 10, 555.

9 - CADERAS DE KERLEAU J., DURAND G., VIALA J.L. et BALMES F. -

Synéchies utérines et grossesses.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1966, 18, 2, 172.

10 - CARMICHAEL D.E. -

Asherman's syndrome.
Obst. Gynec., 1970, 36, 922.

11 - CAROLLO F. -

Fertilità e sterilità. PALERMO, Aprile 1971.
Edition PICCIN, PADOVA, 1972.

12 - DAGASSO D. -

Profilassi e terapia della sindrome di Asherman con l'inibitore
delle proteinasi Trasylol.
Minerva Ginec., 1974, 26, 1, 36.

13 - DALSACE J., MUSSET R. et NETTER A. -

Les synéchies utérines. Rapport au XVIIe Congrès à Marseille.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1957, 9, 1 bis, 163.

14 - DELLENBACH P., WALTER J-P., SZWARCBERG R., HOUYET P. et ALAOUI T. -

Diagnostic hystérogaphique des synéchies utérines.
J. Radiol. Electrol. Med. Nucl. Franç., 1971, 52, 8-9, 519.

15 - DEVANT J. -

Contribution à l'étude des synéchies utérines.
Thèse Méd. LYON, 1959.

16 - DUBOIS J. -

Synéchies utérines cervico-isthmiques; placenta praevia recou-
vrant anormalement adhérent.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. Franç., 1965, 17, 2, 195.

17 - DROEGEMULLER W., MAKOWSKI E. et MAC SALKA R. -

Destruction of the endometrium by cryosurgery.
Amer. J. Obst. Gynec., 1971, 110, 467.

18 - ERIKSEN J. et KAESTEL C. -

The incidence of uterine atresia after post-partum curettage.
A follow up examination of 141 patients.
Danish Med. Bull., 1960, 7, 2, 50.

19 - GEORGAKOPOULOS P. -

Placenta accreta après lyse des synéchies utérines (syndrome
d'ASHERMAN).
J. Obst. Gynaec. Brit. Cwlth, 1974, 81, 9, 730.

20 - KAISER R. -

A propos de 500 cas d'aménorrhée secondaire.
Gynäk Rdsch., 1969, 1, 3, 104.

21 - KLEIN S.M. -

Asherman's syndrome : a critique and current review.
Fertil. Steril., 1973, 24, 9, 722.

22 - LE LIEVRE H. -

Une dystocie mécanique par synéchie utérine.
Bull. Feder. Soc. Gynéc. Obst. Franç., 1957, 9, 4 bis, 512.

23 - LOUROS N.C., DANEZIS S.M. et PONTIFIX G. -

Use of intrauterine devices in the treatment of intrauterine adhesions.
Fertil. Steril., 1968, 19, 509.

24 - LEVINE R.U. et NEUWIRTH R.S. -

Simultaneous laparoscopy and hysteroscopy for intrauterine adhesions.
Obst. Gynec. N.Y., 1973, 42, 3, 441.

25 - LOFFREDO V. -

Traitement chirurgical des synéchies utérines.
Rev. franç. Gynéc., 1967, 10, 576.

26 - MAIRE G. et BURNOD A. -

Synéchie utérine totale et grossesse après intervention.
Bull. Feder. Soc. Gynéc. Obst. Franç., 1962, 14, 2, 140.

27 - MANESCHI M., VEGNA G., MEZZATESTA M. -

L'uso di LIPPES-loop nel trattamento delle sinechie uterine post-traumatiche.
Minerva Ginec., 1974, 26, 11, 633.

28 - MASSOURAS H.G. -

A syndrom of the past with the use of the MASSOURAS duck's foot bumper 2 intrauterine contraceptive device.
Amer. J. Obst. Gynec., 1973, 116, 4, 576.

29 - MEYLAN J. et SOLAL R. -

Un procédé nouveau de traitement chirurgical de synéchies utérines traumatiques.
Rev. franç. Gynéc., 1965, 60, 3, 215.

30 - MORGENTALER H. -

Report on 5641 outpatient abortions by vacuum suction curettage.
Canad. Med. Ass. J., 1973, 109, 12, 1202.

31 - MOUSSELMON J. et VILLEDIEU P. -

A propos de 12 observations de synéchies utérines.
Lyon chir., 1958, 54, 889.

32 - MUSSET R., NETTER A., RAVINA J. et DEPOORTER L. -

Synéchies utérines et placenta accreta, association fréquente et grave.

Gynec. Obst., 1960, 59, 4, 450.

33 - MUSSET R., NETTER A. et SOLAL R. -

Retentissement des synéchies utérines traumatiques sur les fonctions de reproduction, à propos de 123 cas.

Presse Med., 1965, 73, 38, 2137.

34 - OELSNER G., DAVID A., INSLER V. et SERR D.M. -

Outcome of pregnancy after treatment of intrauterine adhesions.
Obst. Gynec. N.Y., 1974, 44, 3, 341.

35 - PAPALUKAS A., ZERVOS S. et PAISOS P. -

Le sinfisi endometriali come fattore secondario di sterilità e dismenonea. Diagnostica e terapia.

Minerva Gynec., 1971, 23, 21, 895.

36 - PALMER R. -

Résultats du traitement de 42 cas de synéchies utérines.
Rev. Franç. Gynec., 1966, 61, 7-8, 548.

37 - PENA G. et WOOD J. -

Sinequias uterinas traumaticas.

Rev. Chil. Obst. Gynec., 1961, 26, 35.

38 - PIGEAUD H., ROCHET Y., MIKAELIAN S. et BERNARDIN D. -

Grossesse après intervention pour synéchie utérine.

Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1962, 14, 3, 363.

39 - POZZI P.C. -

Contributo al trattamento operatorio delle sinechie uterine.
Minerva Gynec., 1959, 11, 663.

40 - POLISHUK W.Z., SHARF M. et ROLAN L. -

Hysterography following cesarean section.
Gynaecologia, 1963, 155, 380.

41 - POLISHUK W-Z. -

Le traitement des adhérences intra-utérines par voie vaginale.
Rev. franç. Gynéc., 1966, 61, 7-8, 549.

42 - POLISHUK W-Z, ZILBERMAN A. et SHARF M. -

Evaluation of cesarean section scar by hystero-graphy.
Obst. Gynec. N-Y., 1968, 32, 153.

43 - POLISHUK W-Z, ANTEBY S.O. et WEINSTEIN D. -

Puerperal endometritis and intrauterine adhesions.
Int. Surg. Dig., 1975, 60, 8, 418.

44 - PONTONNIER R.A. -

Cinq observations de syndrome d'ASHERMAN d'origine traumatique.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. Franç., 1957, 9, 78.

45 - ROCHET Y. et GIRAUD J.R. -

L'endométri-ose.
Cah. Méd. lyonnais, 1967, 43, 25, 2181.

46 - ROCHET Y., LANSAC J., BOUZEKRINI M. et SERVAJEAN F. -

L'hysté-rog-raphie.
Cah. Méd., 1976, 1, 19, 1295.

47 - ROUCHY M., HARDY, BESNIER J. -

Synéchies utérines et grossesses.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1963, 15, 2, 267.

48 - SABATIER H. -

Prophylaxie des synéchies utérines durant les interventions
intra-utérines par voie transcervicale.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1957, 9, 4 bis, 506.

49 - SERMENT H., PIANA L., FELCE A. et BOSSI G. -

Les suites éloignées des synéchies utérines traitées par voie basse.
Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1965, 17, 5, 494.

50 - SALAK-KARIM A., GHONEIM M.A. et SOBRERO A-J. -

Hystero-graphy study of long term effects of D.I.U.
Fertil. Steril., 1971, 22, 10, 651.

51 - SOFERMAN N., DAVID M. et LANGER I. -

Synéchies utérines et délivrances pathologiques.
Rev. franç. Gynec., 1966, 7-8, 544.

52 - SOLAL M.R. -

Six observations de synéchies utérines spontanées tuberculeuses, dont l'une suivie de guérison anatomique et fonctionnelle après intervention chirurgicale restauratrice.

Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst., 1957, 9, 4 bis, 530.

53 - STAVROPOULOS A-C. -

Problems in the diagnosis, treatment and prevention of intra-uterine adhesions.

Int. Surg. Dig., 1972, 57, 10, 787.

54 - THOULON J-M. -

Etude clinique et hystérogaphique de la cicatrice-utérine en fonction de la technique de la césarienne segmentaire.
Thèse Méd. LYON, 1966.

55 - TOAFF R. -

Quelques observations sur les adhérences utérines post-traumatiques
Rev. Franç. Gynec., 1966, 7-8, 550.

56 - TOPKINS P.T. -

Traumatic intrauterine synechiae.

Amer. J. Obst. Gynec., 1962, 83, 12, 1599.

57 - VAN DEN DRIESSCHE R. -

Discussion concernant les aspects radiologiques des synéchies utérines et leur diagnostic différentiel.

Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1957, 9, 4 bis, 502.

58 - VARANGOT J., GIRAUD J.R., BIGNON-SCHNIRER J. -

L'endométriase génitale.

Bull. Feder. Soc. Gynec. Obst. franç., 1965, 17, 1 bis, 240.

59 - WALLACH E. -

The uterine factor in infertility.

Fertil. Steril., 1972, 23, 138.

60 - WANIOREK A. -

Des synechies utérines traumatiques et grossesse.

Gynec. Obst., 1967, 66, 3, 317.

61 - WANIOREK A. -

Hysterography after cesarean section.

Amer. J. Obst. Gynec., 1966, 94, 42.

62 - ZAGO J., BAUDET J.H., FONTY B., DAFFOS F., PICHEREAU D., COLLET D., EYRAUD J.P.,
et TABASTE J.L.-

Les interruptions de grossesses par aspiration.

Gaz. Méd. France, 1975, 36.

